

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**Zákon o sociálních službách z pozice pracovníka obecního úřadu obce
s rozšířenou působností**

Rigorózní práce

Mgr. Miloslava Lukešová

15.07.2010

Abstract

The Social Services Law from the position of the municipal office worker of the municipality with extended competence

The thesis deals with the Social Services Law from the position of the municipal office worker of the municipality with extended competence. The theoretical part describes the history of the origin of the law, defines the current system of social services rooted in the system of social security. The thesis then deals with management of the procedure for care allowance and social inquiry, which is based on the values of social work and the knowledge of communicative particularities within various groups of people.

The main aim of the thesis is to analyse the chosen provisions of the Social Services Law which the municipal office workers of the municipality with extended powers actively work with. On the ground of the acquired findings methodical procedure for social inquiry when determining the degree of dependence on care allowance was worked out and the proposals and recommendations about the changes of the given rule of law were given. The research was carried out on the basis of qualitative and quantitative investigation

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem rigorózní práci na téma „Zákon o sociálních službách z pozice pracovníka obecního úřadu obce s rozšířenou působností“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 písm.b) zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění souhlasím se zveřejněním své rigorózní práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 15.07.2010

.....

Poděkování

Tímto bych ráda vyjádřila poděkování Mgr. Haně Francové, PhD., za ochotu, trpělivost, podporu a cenné konzultace při zpracování této práce.

Dále děkuji JUDr. Martinu Šimákovi, PhD., a Mgr. Martinu Žárskému za podněty, návrhy a odborné připomínky.

Mé poděkování patří také všem respondentům za jejich ochotu a vstřícnost při realizaci výzkumu.

OBSAH:

Úvod	7
1. Současný stav	10
1.1 Právní úprava sociálních služeb	10
1.1.1 Právní úprava poskytování sociální péče do roku 2006	10
1.1.2 Nový systém sociálních služeb	12
1.1.3 Systém sociálního zabezpečení	14
1.2 Sociální služby jako nástroj pomoci	15
1.2.1 Předmět zákona o sociálních službách	15
1.2.2 Vymezení základních pojmů	16
1.2.3 Vymezení sociálních služeb	17
1.2.4 Formy poskytování sociálních služeb.....	20
1.2.5 Financování sociálních služeb	20
1.2.6 Plánování sociálních služeb.....	21
1.2.7 Využívání sociálních služeb	22
1.3 Pobytové služby versus domácí péče	23
1.3.1 Význam rodiny	24
1.3.2 Způsoby zajištění péče v domácím prostředí a potřeby pečujících	24
1.4 Příspěvek na péči	28
1.4.1 Základní kvantitativní údaje	29
1.4.2 Poskytování příspěvku	29
1.4.3 Stupně závislosti	30
1.4.4 Příspěvek na péči dle způsobu použití	31
1.4.5 Nárok na příspěvek a jeho výplatu.....	32
1.4.6 Výplata příspěvku	33
1.4.7 Povinnosti žadatele o příspěvek, oprávněné osoby a jiného příjemce příspěvku	33
1.4.8 Řízení o příspěvku	35
1.4.9 Úhrada za pobyt dítěte s nařízenou ústavní výchovou	37
1.4.10 Kontrola využívání příspěvku na péči	37
1.5 Sociální šetření	39
1.5.1 Posuzování péče o vlastní osobu a posuzování soběstačnosti.....	39
1.5.2 Srovnávací hodnocení ve zdravotnictví	42
1.5.3 Specifika hodnocení u osob mladších 18 let.....	43

1.6 Profese sociálního pracovníka	44
1.6.1 Význam pomáhající profese	45
1.6.2 Vzdělávání sociálních pracovníků	46
1.6.3 Komunikace v sociální práci	47
1.6.4 Obecné zásady komunikace s osobou se zdravotním postižením	47
1.6.5 Specifika komunikace s jednotlivými skupinami osob	48
1.6.6 Syndrom vyhoření	50
2. Cíle práce	53
3. Metodika	54
3.1 Použité výzkumné metody	54
3.1.1 Popis metodiky sběru dat	54
3.1.2 Charakteristika souboru	55
4. Výsledky	57
4.1 Případové studie	57
4.2 Souhrn poznatků z aplikační praxe Městského úřadu Sokolov	65
4.3 Výsledky dotazníkového šetření	71
5. Diskuse	105
6. Metodika k provádění sociálního šetření u příspěvku na péči	125
6.1 Zásady hodnocení	125
6.2 Úkony péče o vlastní osobu	128
6.3 Úkony soběstačnosti	137
6.4 Souhrnná zpráva	145
7. Návrhy změn platné právní úpravy	148
8. Závěr	154
9. Seznam použitých zdrojů	157
10. Klíčová slova	166
11. Přílohy	167

Úvod

Sociální role definujeme jako očekávaný způsob chování, který se váže k určitému sociálnímu statusu. Všichni lidé ve společnosti zastávají mnoho pozic a vykonávají v nich očekávané role. Každá osoba hraje více rolí, a to jak nezávisle (zákazník v obchodě, soused, zaměstnanec v práci), tak souběžně (např. matka a manželka v rodině). Sociální pracovník obecního úřadu obce s rozšířenou působností, který se zabývá zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je učebnicovou ukázkou konfliktu mezi rolemi. Neustále se snaží sladit očekávání spojená s dvěma různými pozicemi, a to rolí sociálního pracovníka a rolí úředníka.

Povolání sociálního pracovníka patří mezi tzv. „pomáhající profese“. Základní úkol osoby v roli sociálního pracovníka spočívá především v naplnění uvedeného názvu, tedy pomáhání, poskytování maximální pomoci klientům. Sociální pracovník se prostřednictvím uznávaných metod sociální práce snaží zabránit sociální izolaci klientů, která může vést k nevládní nejrůznějších životních situací a k celkovému zhoršení kvality života.

Stěžejním úkolem při plnění role úředníka je jednání v souladu s danou legislativou a zákonnými postupy, důraz je kladen na znalost zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů. V souladu se zákonem č. 312/2002 Sb., o úřednících samosprávných celků a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, musí úředník vykonávající správní činnosti prokázat svoji odbornou způsobilost. Dle vyhlášky č. 512/2002 Sb., o zvláštní odborné způsobilosti úředníků územních samosprávných celků, ve znění pozdějších předpisů, je zvláštní odborná způsobilost v sociální oblasti rozdělena na tři oblasti dle profesní specifikace úředníků a to: sociální služby, sociálně právní ochranu dětí a řízení o dávkách pomoci v hmotné nouzi a o dávkách pro osoby se zdravotním postižením. Pracovníci, kteří se zabývají příspěvkem na péči skládají zkoušku z oddílu „správní činnosti při sociálních službách“.

Role sociálního pracovníka a role úředníka mají i společné stránky. Sociální pracovník i úředník postupují v duchu etických kodexů pro jednání s klienty, ovládají problematiku sociálněpsychologických a komunikačních modelů, interpersonální percepci. Na základě profesionálních kompetencí dokáží integrovat teoretické znalosti a praktické dovednosti, na jejichž základu vytváří profesionální přístup ke klientovi.

Klienty pracovníků sociálních odborů, kteří se zabývají aplikací zákona o sociálních službách, jsou osoby využívající sociální služby, osoby s různými typy zdravotního postižení, ať už dospělí, či děti a jejich rodiče. Uvedení pracovníci se zabývají i péčí o děti, které přišly o rodinné zázemí, a na základě nařízené ústavní výchovy byly umístěné

v pobytových zařízeních sociálních služeb. Značnou část klientely tvoří senioři a nelze opominout pečovatele, rodinné příslušníky a všechny ty, kteří se starají o osoby se zdravotním postižením.

Právě laičtí pečovatelé jsou skupinou, která je v sociální práci často opomíjená. Pečovat o nemocného, či jinak znevýhodněného blízkého člověka, je psychicky a mnohdy i fyzicky velmi náročné, obzvláště jedná-li se o péči o umírající. Pečující osoby často hledají oporu u pracovníků sociálních odborů, kteří tak poskytují sociální poradenství v širokém pásmu, např. v oblasti práva, a to vč. důchodového a nemocenského pojištění, státní sociální podpory, dávek pomoci v hmotné nouzi, zaměstnanosti; sociálních služeb, výběru kompenzačních pomůcek, speciální pedagogiky, zdravotní problematiky a mnoha dalších.

Jsem dlouholetým pracovníkem sociálního odboru obecního úřadu obce s rozšířenou působností a denně se spolu kolegy zabýváme aplikací zákona o sociálních službách vč. poskytování příspěvku na péči. Snažíme se naplňovat roli sociálních pracovníků, ale jsme i loajálními zaměstnanci organizace, ve které působíme. Stejný úhel pohledu jsem zaujala i ve své rigorózní práci.

V práci se zabývám vlastním zákonem o sociálních službách, historií jeho vzniku, popisují stávající systém sociálních služeb a systém sociálního zabezpečení. Z pozice úředníka se zabývám vedením správních řízení dle zákona o sociálních službách, tedy stanovením úhrady za stravu a péči ve smyslu § 74 zákona a vedením řízení o příspěvku na péči, podmínkami pro jeho přiznání a výplatu, procesem kontroly jeho využívání. Z pozice sociálního pracovníka nemohu opomenout podrobný rozbor provádění sociálního šetření a posuzování stupně závislosti, vč. postavení pečujících osob, ukotvený na hodnotách sociální práce a znalosti komunikačních specifik s jednotlivými skupinami osob.

S prováděním sociálního šetření mám bohaté osobní zkušenosti, osobně jsem jich provedla více než 300. Od září 2007 působím na pozici vedoucí oddělení sociálních služeb, kde příspěvek na péči zajišťuje pět pracovníků. Pouze jedna z nich splňuje kvalifikační předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka a měla před nástupem do pracovního poměru zkušenosti se sociální prací. Před odesláním žádosti o posouzení stupně závislosti na okresní správu sociálního zabezpečení zhodnocuji veškerá sociální šetření k příspěvku na péči. Tímto způsobem jsem provedla stovky rozhovorů s pracovníky, které se příspěvkem na péči zabývají.

Hlavním cílem práce je, z pozice pracovníka obecního úřadu obce s rozšířenou působností, analyzovat vybraná ustanovení zákona o sociálních službách, kterými se tito pracovníci aktivně zabývají při výkonu své pracovní činnosti. Práce obsahuje dva další

výstupy, a to návrh na změny uvedené právní normy a metodický postup pro vlastní sociální šetření při stanovení stupně závislosti u příspěvku na péči.

V práci v nemalé míře stavím na osobní zkušenosti se sociálním šetřením a vedením řízení o příspěvku na péči. Pro vlastní výzkum byly využity uvedené osobní zkušenosti, analýza prakticky celé spisové dokumentace Městského úřadu Sokolov od ledna 2007 do června 2010 týkající se příspěvků na péči a poznatky, názory a doporučení pracovníků sociálních odborů obecních úřadů obcí s rozšířenou působností z celé České republiky, získané pomocí dotazníkového šetření.

1. Současný stav

1.1 Právní úprava sociálních služeb

Přijetím zákona o sociálních službách č.108/2006 Sb., bylo završeno více než desetileté úsilí tisíců osob se zdravotním postižením i dalších jedinců o vytvoření nových pravidel oblasti poskytování pomoci a zabezpečení péče znevýhodněným osobám. Jedná se o oblast, která je pro osoby se zdravotním postižením, pro osoby závislé na péči, z povahy věci meritorní a významná a dotýká se osudů několika stovek tisíců občanů České republiky **(36)**.

1.1.1 Právní úprava poskytování sociální péče do roku 2006

Právní úprava poskytování sociálních služeb (tehdy sociální péče) platná do konce roku 2006 byla roztržena do několika právních předpisů - zákonů, ale zejména do podzákoných právních norem - vyhlášek. Sociální péči upravovaly navíc právní předpisy, které byly přijímány koncem osmdesátých a počátkem devadesátých let minulého století a přes četné novelizace nemohly vytvořit komplexní moderní legislativní rámec zaštiťující danou oblast **(75)**.

Jak uvádí Michalík **(39)**, v té době bylo na sociální politiku i oblast sociálních služeb nahlíženo podstatně odlišným způsobem, a to především v oblasti svobody rozhodování jedinců a demokratických principů fungování veřejné správy **(39)**. Způsob zajištění péče implikoval pasivní roli klienta sociálních služeb, občan nebyl veden k vyvíjení aktivity a vlastnímu rozhodování **(25)**. Novelizacemi stávajících právních předpisů docházelo pouze k dílčím úpravám. Při praktickém poskytování sociálních služeb přesto od počátku 90. let docházelo k významným inovacím, ovšem základní model stále vycházel ze státně paternalistického a socialisticky direktivního způsobu uvažování. Podle tehdejších právních norem u nás existovaly de facto pouze tyto služby:

- výchovná a poradenská péče
- ústavní sociální péče
- pečovatelská služba
- péče o stravování **(39)**
- kulturní a rekreační péče **(25)**.

Jak popisuje Koldinská (In Matoušek), škála těchto služeb byla velmi úzká, primárně zaměřená na ústavní péči **(25)**. Úroveň ambulantních a terénních sociálních služeb byla dle Molka **(52)** před rokem 1989 více než diskutabilní. Pro pobytové služby byly často

využívány zámky, případně jiné více či méně historické objekty, pro něž stát nenašel jiné využití. Tyto objekty však neodpovídaly potřebám klientů sociálních služeb **(52)**.

Nastavení sociálního systému má odpovídat zejména aktuálním společenským potřebám a sociální realitě **(7)**. Přelomem v poskytování sociálních služeb u nás byl rok 1989, kdy společenské změny odstartovaly jejich razantní rozvoj, a to jak v měřítku kvantitativním, tak kvalitativním. Začalo se rozšiřovat velké množství sociálních služeb zejména na poli neinstitutivní péče, zároveň velmi rychle začaly vznikat zcela nové služby. S výskytem a rozšířením fenoménů do té doby skrytých, například drogové závislosti, bezdomovectví a dalších, začaly být více využívány do té doby poměrně okrajové metody a formy sociální práce **(59)**.

Hlavními inovačními trendy byly v devadesátých letech minulého století snaha o deinstitucionalizaci sociálních služeb, tj. vytváření alternativ k tradiční, většinou ústavní péči **(35)**. Po revoluci v roce 1989 se i u nás otevřela možnost zakládat nestátní sociální a zdravotní organizace. Právními subjekty, jež jako první využily této možnosti, byly církve a občanská sdružení. Sdružení zakládala v prvních letech po revoluci hlavně ambulantní zařízení: stacionáře a speciální školy **(35)**.

Zrušením okresních úřadů a zřízením vyšších samostatně správních územních celků byly převedeny zřizovatelské povinnosti na obce a kraje, které se začaly problematikou sociálních služeb více či méně zabývat. Zejména v 90. letech vznikala v obcích nová zařízení pobytových služeb, a to nejen na základě investiční politiky MPSV ČR, ale především z iniciativy měst a obcí jako zřizovatelů zařízení, poskytujících tyto služby **(52)**.

Velkým přínosem pro rozvoj sociálních služeb bylo také zapojení samotných uživatelů či jejich rodinných příslušníků do vlastního poskytování služeb, do jejich plánování a organizování. Praktické poskytování sociálních služeb tak bylo do určité míry zmodernizováno i bez potřebné opory v právních předpisech, ale další kroky bez změny právní úpravy již nebyly možné. Nadále byl v platnosti pouze zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, a vyhláška MPSV 182/1991 Sb., která tento zákon prováděla **(59)**. Nově zavedené druhy služeb tak neměly právní oporu. Pokusů o změnu tohoto neutěšeného stavu byla celá řada. Již v roce 1993 byl v Poslanecké sněmovně diskutován první návrh zákona o sociální pomoci. Následně bylo připravováno několik obdobných návrhů věcných záměrů zákonů o sociální pomoci či o sociálních službách. Všechny však končily bez úspěchu v připomínkovém řízení, některé se ani nedočkaly paragrafovaného znění. Tyto návrhy legislativy postupně měnily svoji tvář, v návaznosti na aktuální politickou situaci a podle toho, kdo se na tvorbě návrhu zákona

podílel. Začala se rozvíjet nejen nová typologie služeb, ale nově také téma kvality sociálních služeb, téma individuálního posuzování sociální situace, a samozřejmě vždy téma financování **(59)**.

S tím souhlasí i Černá **(2)** zdůrazňuje, že všechny pokusy o změnu legislativy se vždy zastavily na změně financování sociálních služeb. Zatímco věcný záměr zákona o sociální pomoci z roku 1998 předpokládal financování prostřednictvím individuálního příspěvku na péči, v roce 2000 ministerstvo předložilo nový model, který měl snížit případná rizika, a sice doručováním sociálních služeb prostřednictvím manažera na obci, město či městské části. Tím mělo být zaručeno, že se služby skutečně k potřebným dostanou **(2)**. Dle Průši (In Tomeš) byla rovněž při přípravě návrhů zákona v Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR v průběhu let 1993-1995 věnována zvýšená pozornost otázkám možnosti a schopnosti obcí realizovat úkoly dle velikostí obcí **(66)**.

Návrhy nových právních úprav si kladly za cíl především vytvoření podmínek pro uspokojování oprávněných potřeb osob, které jsou oslabeny v jejich prosazování **(56)**. Řešení problémů jednotlivců, rodin a skupin občanů ovlivňuje pozitivně sociální klima celé společnosti. Sociální služby nejsou významné proto, že je potřebuje mnoho lidí, ale proto, že bez jejich působení by se část občanů nemohla podílet na všech stránkách života společnosti **(66)**.

Návrhy zákona se proto opíraly o obecný princip solidarity ve společnosti a současně podporovaly princip rovných příležitostí pro všechny členy společnosti a vytvoření základního rámce k zajištění potřebné podpory a pomoci. Podporou a pomocí se rozumí takové spektrum činností, které jsou nezbytné pro sociální začlenění osob a důstojné podmínky života odpovídající úrovni rozvoje společnosti **(56)**.

1.1.2 Nový systém sociálních služeb

Zákon o sociálních službách byl v červenci roku 2005 schválen Vládou ČR a následně jako vládní návrh předložen Parlamentu ČR. Zde byl po projednání schválen a po podpisu prezidenta byl 14. března 2006 zveřejněn ve Sbírce zákonů ČR jako zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, účinnost byla stanovena od 1. ledna 2007. S určitým zpožděním následovalo přijetí prováděcí vyhlášky k tomuto zákonu, vyhláška č. 505/2006 Sb., byla uveřejněna ve Sbírce zákonů až dne 15. listopadu 2006 s účinností stejnou jako samotný zákon. Již v únoru 2007 však byl zákon poprvé novelizován **(59)**.

Zákonem deklarovaná pomoc má být:

- dostupná - z hlediska typu pomoci, územní dostupnosti, informační dostupnosti a v neposlední řadě také z hlediska ekonomického
- efektivní - uzpůsobena tak, aby vyhovovala potřebě člověka a nikoliv “potřebám” systému
- kvalitní - zabezpečována způsobem a v rozsahu, který odpovídá současnému poznání a možnostem společnosti
- bezpečná - zabezpečována tak, aby neomezovala práva a zájmy osob
- hospodárná - zabezpečována tak, aby veřejné i osobní výdaje používané na poskytnutí pomoci v maximální možné míře pokrývaly objektivizovaný rozsah potřeb **(56)**.

Teze uvedené v důvodové zprávě při přijetí zákona vycházely také z širších strategických dokumentů, např. z Bílé knihy v sociálních službách, kterou Vláda ČR přijala v roce 2003, Národního akčního plánu sociálního začleňování na období 2004 - 2006, Předběžné národní zprávy o zdravotní a dlouhodobé péči v ČR apod. Předkladatelé také museli vzít na zřetel doporučení a mezinárodní závazky ČR, zejména vůči Evropské unii či Radě Evropy, vyplývající z mezinárodních deklarací, např. ze Společného memoranda o sociálním začleňování, Evropské sociální charty, Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod apod. **(59)**.

Zákon o sociálních službách legislativně vymezil systém sociálních služeb, který je třeba vytvořit v praxi, měla by existovat pestrá škála služeb, cíleně mířená na skupiny potřebných klientů. Tyto služby by měly být vzájemně propojeny, navazovat jedna na druhou a měly by odpovídat nejen potřebám klientů, ale celé společnosti. Dochází zde ke spolupráci různých rezortů - zdravotnictví, sociálních věcí, školství a zároveň se na témže poli prolíná státní a nestátní sektor. Cílem je vytvořit systém, který by působil ve všech sférách prevence a přispíval ke kvalitě života **(33)**. Proces transformace sociálních služeb bude probíhat v období několika následujících desítek let v kontextu přirozeného vývoje pobytových sociálních služeb **(48)**.

V souladu s právem každého člověka na kvalitní život a také s vývojem v ostatních zemích EU je nutné umožnit lidem se zdravotním postižením žít v přirozené komunitě s podporou vycházející podle individuální míry a rozsahu jejich potřeb **(48)**. Kvalita poskytování sociálních služeb je spjata s dodržováním lidských práv a zachováním důstojnosti člověka **(25)**. Znamená to především změnu dotační politiky v oblasti investic, a to odklon od rozsáhlého budování ústavní sociální péče a větší podporu investic do rozvoje terénních a ambulantních služeb. Dále to znamená zaměřit se na humanizaci

stávajících pobytových zařízení a jejich postupné začlenění do přirozené sítě služeb v komunitě (48).

Klíčovým finančním zdrojem pro transformační kroky v pobytových zařízeních sociálních služeb jsou v programovacím období 2007 - 2013 prostředky z evropských fondů. Finanční zdroje se od výstavby nebo nákladné rekonstrukce dříve ústavních zařízení přesouvají směrem k podpoře vzniku chráněných bytů a domů v přirozené zástavbě (48). Budovy, ve kterých se poskytují pobytové sociální služby, nebyly většinou stavěny jako „ústavy“. Řada z nich byla postavena pro účel diametrálně odlišný od poskytování ústavní péče. Často jde o staré, památkově chráněné budovy, které nesmějí být radikálně přestavovány. Některé z nich jsou předmětem restitučního řízení a pravděpodobně budou předány původním majitelům (34).

Snaha o vytvoření takového systému je v humánní společnosti nezbytná. Vždy však bude existovat část klientů, které systém vynechá nebo naopak oni nebudou chtít služby systému přijmout. Proto by měl mít systém sociálních služeb nejen všechny dveře otevřené, ale měl by za klienty jít, cíleně je vyhledávat, oslovovat (33). Zákon o sociálních službách harmonizuje české sociální právo s právem Evropských společenství, dle některých názorů se jedná o největší legislativní změnu v **systému sociálního zabezpečení** od dob Marie Terezie (75).

1.1.3 Systém sociálního zabezpečení

V průběhu české sociální reformy se spolu s nově zaváděnými a naopak i rušenými dávkami, nástroji a hlavně také institucemi, začala postupně utvářet do značné míry nová struktura celé soustavy sociálního zabezpečení. Došlo k poměrně zásadním změnám celkového pojetí i struktury této soustavy (29).

Nový systém je tvořen **třemi pilíři** - sociálním pojištěním, státní sociální podporou a sociální pomocí. Uvedené tři pilíře je možné charakterizovat následovně:

- **Systém sociálního pojištění** má zabezpečovat populaci v období důchodového věku, nemoci, invalidity a nezaměstnanosti (69). Systém řeší situace, na něž se občan může předem připravit, tedy pojistit, formou odložení části své současné spotřeby na krytí budoucí nepříznivé sociální situace. V České republice zahrnuje zdravotní pojištění, nemocenské pojištění, důchodové a úrazové pojištění (67). Základ systému je stanoven zákonem a je tedy povinný. Existují však možnosti dobrovolného doplňkového připojištění (69).

- **Systém státní sociální podpory** je sadou příspěvků vymezených především pro rodiny s dětmi (69). Tímto systémem jsou řešeny sociální situace, které jsou na základě určitého společenského konsenzu uznány za zřetele hodné, jako je narození dítěte, péče o ně a jeho výchova po celou dobu přípravy na budoucí povolání aj. Systém je financován ze státního rozpočtu v rámci nejširší společenské solidarity, dávky jsou vypláceny prostřednictvím úřadů práce (67).
- **Systém sociální pomoci** má za úkol pomoci osobám, které se ocitnou pod zákonem stanovenou hranicí životního minima anebo ve stavu nouze. Pomoc je zajišťována systémem sociálních dávek a služeb (69). Jak uvádí Průša (In Tomeš) přestože v rámci odborné i politické diskuse je třetím nástrojem českého systému sociální ochrany systém sociální pomoci, naše legislativa tento pojem dosud nezná. V této souvislosti je užíván širší pojem sociální péče, protože zákon o sociální pomoci dosud schválen nebyl, i když parlament v druhé polovině devadesátých let minulého století schválil jeho zásady (65).

1.2 Sociální služby jako nástroj pomoci

Přijetí legislativy k sociálním službám konečně přineslo první platnou a účinnou porevoluční právní normu, která uceleně a samostatně upravuje dosud právně neupravené prostředí sociálních služeb. Formálně je zakotven princip sociálního začleňování a dochází tak k odklonu od opečovávajícího, paternalistického pojetí služeb a represivního, sociálně patologického přístupu k osobám sociálně nepřizpůsobivým (59).

1.2.1 Předmět zákona o sociálních službách

Zákon o sociálních službách upravuje:

- podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím:
 - a) sociálních služeb
 - b) příspěvku na péči
- jednotlivé druhy sociálních služeb
- rozsah činností, které musí být splněny u každé poskytované služby
- podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb (registraci)
- výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb
- kontrolu poskytování sociálních služeb (inspekci)
- předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách (75)

- předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka, pokud vykonává činnost v sociálních službách nebo podle zvláštních právních předpisů při pomoci v hmotné nouzi, v sociálně-právní ochraně dětí, ve školách a školských zařízeních, ve zdravotnických zařízeních, ve věznicích, v zařízeních pro zajištění cizinců a v azylových zařízeních (95).

1.2.2 Vymezení základních pojmů

- **Sociální služba** – druh sociální péče, která je poskytována konáním (službou) státní či obecní instituce ve prospěch jiné osoby, šířeji se jedná o činnosti ve prospěch občanů, které poskytují soukromoprávní či veřejnoprávní instituce přímo, příp. soukromoprávní instituce za podpory veřejnoprávní instituce (81). Dle zákona o sociálních službách se jedná o činnost nebo soubor činností zajišťující pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení (95). Sociální službu lze charakterizovat jako specializované činnosti, které pomáhají člověku řešit jeho nepříznivou sociální situaci (33).
- **Nepříznivá sociální situace** - oslabení nebo ztráta schopnosti (a to z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů) řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením (95).
- **Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav** - stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok, a který omezuje duševní, smyslové nebo fyzické schopnosti a má vliv na péči o vlastní osobu a soběstačnost (95).
- **Přirozené sociální prostředí** - život každého člověka se odehrává v určitém prostředí, které on sám považuje za sobě vlastní. Podmínky v přirozeném sociálním prostředí by měly být společensky akceptovatelné a jedinec by se v něm měl cítit bezpečně. Takové prostředí umožňuje sociální začlenění (33). Zákon o sociálních službách definuje přirozené sociální prostředí jako rodinu a sociální vazby k osobám blízkým, domácnost osoby a sociální vazby k dalším osobám, se kterými sdílí domácnost, a místa, kde osoby pracují, vzdělávají se a realizují běžné sociální aktivity (95).
- **Sociální začleňování** - pojem, se kterým pracují všechny členské státy EU v rámci své sociální politiky. Základním principem je posilování osobních kompetencí, schopností a dovedností člověka a skupin osob tak, aby mohli využívat běžné společenské zdroje

(33). Jedná se o proces, který zajišťuje, že osoby sociálně vyloučené nebo sociálním vyloučením ohrožené, dosáhnou příležitostí a možností, které jim napomáhají plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný (95).

- **Sociální vyloučení** - situace, kdy se v životě člověka vyskytly překážky, které komplikují nebo zcela zamezují, aby žil životem, který je ve společnosti považován za běžný (33). Jedná se o vyčlenění osoby mimo společnost a nemožnost zapojit se zpět v důsledku nepříznivé sociální situace (95).
- **Zdravotní postižení** - tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby (95). V současné době je preferováno užívání termínu *disabilita*, který je chápán jako funkčně významné zdravotní postižení omezující aktivity osoby a sociální role a uplatňující se jako faktor znevýhodnění. Zjevná je zdravotně sociální dimenze disability (22).
- **Plán rozvoje sociálních služeb** - výsledek procesu aktivního zjišťování potřeb osob ve stanoveném území a hledání způsobů jejich uspokojování s využitím dostupných zdrojů, jehož obsahem je popis a analýza existujících zdrojů a potřeb, včetně ekonomického vyhodnocení, strategie zajišťování a rozvoje sociálních služeb, povinností zúčastněných subjektů, způsob sledování a vyhodnocování plnění plánu a způsob, jakým lze provést změny v poskytování sociálních služeb (95).

1.2.3 Vymezení sociálních služeb

Zákon o sociálních službách přinesl nejen nové druhy sociálních služeb, ale nově definoval i jejich obsah. Ten je dán v popisu tzv. základních činností uvedených pro jednotlivé služby přímo v textu zákona. Další podrobnosti stanoví vyhláška č.505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách (36).

Sociální služby zahrnují:

- sociální poradenství
- služby sociální péče
- služby sociální prevence (95).

Sociální poradenství může být poskytováno ve dvou formách - jako základní sociální poradenství nebo jako odborné sociální poradenství (28). Jak uvádí Tomeš (81), ve většině demokratických států obecné sociální informace poskytuje orgán státní správy, který je zpravidla místem prvního kontaktu pro osoby, které se ocitnou v obtížné sociální situaci.

Dle Průši (62) může být poradenství rovněž chápáno jako metoda redukování sociálního napětí, proces učení, příp. i jako metoda pomoci člověku při řešení problémů a při hledání nových přiměřenějších forem života (62). Cílem poradenství je obvykle napomoci druhé osobě k pocitu, že je ceněnou a respektovanou bytostí, a že má schopnost a sílu zvládnout situaci, v níž se ocitla (55).

Základní sociální poradenství je primární činností při poskytování všech druhů sociálních služeb. Jejich poskytovatelé jsou vždy povinni tuto činnost zajistit bez ohledu na to, kdo o radu žádá (95).

Základní sociální poradenství se při poskytování sociálních služeb zajišťuje v rozsahu těchto úkonů:

- poskytnutí informace směřující k řešení nepříznivé sociální situace prostřednictvím sociální služby
- poskytnutí informace o možnostech výběru druhu sociálních služeb podle potřeb osob a o jiných formách pomoci
- poskytnutí informace o základních právech a povinnostech osoby, zejména v souvislosti s poskytováním sociálních služeb, a o možnostech využívání běžně dostupných zdrojů pro zabránění sociálnímu vyloučení a zabránění vzniku závislosti na sociální službě
- poskytnutí informace o možnostech podpory členů rodiny v případech, kdy se spolupodílejí v péči o osobu (88).

Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí. Odborné sociální poradenství zahrnuje rovněž sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností. Součástí odborného poradenství je i půjčování kompenzačních pomůcek (95).

Služba zahrnuje tyto základní činnosti:

- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnosti
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (88).

Poradenství zahrnuje, jak součást preventivní, směřující k odstraňování příčin či nepříznivých podmínek, popř. k předcházení jejich vzniku, tak součást nápravnou, která se snaží o řešení problémů jednotlivce i jeho rodiny, popř. o zmírnění důsledků z nich vyplývajících (62). Mělo by být: cílené (s konkrétními cíly), směřovat k větší autonomii

klienta, časově omezené, mělo by jít o jednosměrný vztah, mělo by obsahovat explicitní dohodu, že klient pracuje na změně. Poradenství by se mělo řídit všeobecně uznávaným etickým kodexem (55).

Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost s cílem:

- umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti
- v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení (75).

Zákon o sociálních službách definuje celkem čtrnáct druhů služeb sociální péče: osobní asistenci, pečovatelskou službu, tísňovou péči, průvodcovské a předčitatelské služby, podporu samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče (95).

Služby sociální prevence - sociální prevencí se dle Průši (62) rozumí soubor aktivit ovlivňujících proces socializace a sociální integrace, které jsou zaměřeny na změnu nepříznivých sociálních, případně socioekonomických podmínek vedoucích ke vzniku a šíření sociálně patologických jevů. Sociální prevence slouží k ochraně společnosti před těmito jevy, zejména před kriminalitou, toxikomanií, xenofobií, rasismem, sociálním parazitismem a násilím, které ohrožují její základní hodnoty (62).

Služby sociální prevence napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro:

- krizovou sociální situaci
- životní návyky
- způsob života vedoucí ke konfliktu se společností
- sociálně znevýhodňující prostředí
- ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby (75).

V rámci služeb sociální prevence jsou rovněž realizovány probační programy pro mladistvé nebo probačně resocializační programy uložené soudem, popř. rozhodnutím státního zástupce. Programy zahrnují obecně prospěšnou činnost, vzdělávací, doškolovací, rekvalifikační služby nebo jiné vhodné programy určené k rozvíjení sociálních dovedností a osobnosti klienta (75).

Služby sociální prevence zahrnují: ranou péči, telefonickou krizovou pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra, krizovou pomoc, intervenční centra, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy, sociální rehabilitaci (95).

1.2.4 Formy poskytování sociálních služeb

Sociální služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní (95).

Pobytové služby jsou poskytovány v zařízeních, kde člověk v určitém období svého života fakticky celoročně žije. Jedná se především o domovy pro seniory či pro lidi se zdravotním postižením, ale patří sem také tzv. chráněné bydlení pro lidi se zdravotním postižením či azylové domy pro matky s dětmi nebo osoby bez přístřeší.

Za **ambulantními službami** člověk dochází do specializovaných zařízení, jako jsou například poradny, denní stacionáře pro osoby se zdravotním postižením nebo kontaktní centra pro osoby ohrožené závislostí na návykových látkách.

Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí, tzn. kde člověk žije - v domácnosti, v místě, kde pracuje, vzdělává se nebo tráví volný čas. Příkladem může být pečovatelská služba, osobní asistence či terénní programy pro ohroženou mládež (44).

1.2.5 Financování sociálních služeb

V rámci nového systému se mění postavení zadavatelů služeb, poskytovatelů i uživatelů. Zadavateli sociálních služeb, můžeme říci investory sociálních služeb, zůstávají nadále ponejvíce stát, kraje, obce a nestátní neziskové organizace. Zákon však mění jejich postavení, zejména změnou financování sociálních služeb. Z minulého období zůstaly zachovány státní dotace na poskytování sociálních služeb (přiznávané ovšem odlišným způsobem) (36).

Dle Hoška (17) je zajištění dostatku finančních prostředků na poskytování sociálních služeb jedním z prioritních úkolů Ministerstva práce a sociálních věcí ČR, kterého si je vědoma i vláda a sociální partneři. Je ale zřejmé, že se v budoucnu na provozu sociálních služeb musí výrazněji než dosud podílet také zřizovatelé a rozpočty územních samospráv. Pro rok 2010 se podařilo zajistit ve státním rozpočtu na dotace pro sociální služby stejné finanční prostředky jako v roce 2009, celkem se jedná o 6,8 miliardy korun (17).

1.2.6 Plánování sociálních služeb

Významným milníkem v této oblasti bylo uzákonění povinnosti plánovat sociální služby resp. zpracovávat střednědobé plány rozvoje sociálních služeb v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, pro kraje a ministerstvo. Obcím zákon pouze umožňuje zpracovávat střednědobé plány rozvoje sociálních služeb, což v rámci celého systému klade vyšší nároky na spolupráci, přenos informací a utváření sítě sociálních služeb zejména ve vztahu obce - kraje **(43)**.

Účelná decentralizace tak umožňuje místním a regionálním orgánům přizpůsobit nabízené služby potřebám svých obyvatel i uplatnit svobodu rozhodování závisející na dostupnosti finančních a lidských zdrojů **(52)**. Plán rozvoje sociálních služeb se odvíjí od aktivního zjišťování potřeb osob ve stanoveném území a hledání způsobů jejich uspokojování s využitím dostupných zdrojů, jehož obsahem je popis a analýza existujících zdrojů a potřeb, včetně ekonomického vyhodnocení, strategie zajišťování a rozvoje sociálních služeb, povinnosti zúčastněných subjektů, způsob sledování a vyhodnocování plnění plánu a způsob, jakým lze provést změny v poskytování sociálních služeb **(26)**.

Plánování sociálních služeb je zaměřeno na dvě úrovně - střednědobý plán rozvoje sociálních služeb pro plánování těchto služeb na území kraje a rozvojový plán sociálních služeb pro plánování sociálních služeb na území obce anebo města. Existují vazby mezi plány na jednotlivých úrovních a je naprosto nezbytné zajistit, aby na všech úrovních bylo postupováno při plánování sociálních služeb podle jednotné metodiky. Metodika Ministerstva práce a sociálních věcí ČR se opírá o dva základní kroky - sociální analýzu území, SWOT analýzu a stanovení priorit na daném území **(26)**.

Výchozími kritérii (Průša in Tomeš) pro posuzování již přijatelné minimální velikosti obce (území) je přítomnost dostatečně velkých problémových částí relevantních sociálních skupin a možnost zabezpečení kvalifikovaného provádění sociálních služeb při zajištění provozní racionality a při optimalizaci sociálních aspektů těchto služeb **(66)**. Popis aktuální sociální situace tak tvoří vlastní obsah analytické části plánu sociálních služeb a je základem pro prognózu sociálních služeb na daném území **(26)**.

Určité aktivity je možno a nutno zabezpečovat v obcích každé velikosti, např. základní sociální poradenství nebo elementární formy pomoci nesoběstačným starým lidem. Minimální velikost obce pro provoz sociálních služeb je přibližně 2-5 tisíc obyvatel, minimálním územím, mikroregionem pro výkon všech základních druhů sociálních služeb je spádové území pověřené obce asi o 26 tisících obyvatel. Významný stupněm z hlediska výkonu sociálních služeb je již město s cca 20-50 tisíci obyvateli a jeho spádové území. Na

území každého kraje by měly být vytvořeny všechny formy sociálních služeb, neboť po zrušení okresních úřadů byly zřizovatelské kompetence převedeny právě do samostatné kompetence těchto nově vzniklých orgánů **(66)**.

Zájemce o sociální službu má možnost o její poskytnutí požádat přímo poskytovatele služby, může však i požádat obec, ve které má trvalý nebo hlášený pobyt, o zprostředkování možnosti poskytnutí sociální služby anebo o zprostředkování kontaktu s poskytovatelem **(28)**. Obecní úřad s rozšířenou působností má za povinnost osobě, které sociální služba není poskytována, a je v takové situaci, kdy neposkytnutí okamžité pomoci ohrožuje tuto osobu na životě či zdraví, poskytnout sociální službu nebo jinou formu pomoci a to v nezbytném rozsahu **(95)**. Na zajištění této povinnosti lze poskytnout obcím s rozšířenou působností dotace ze státního rozpočtu **(28)**.

Molek vidí optimální formu spolupráce mezi místními a regionálními orgány či soukromým a veřejným sektorem spolu s vhodnou koordinací jednotlivých služeb jako zásadní faktory ovlivňující efektivnost procesu poskytování sociálních služeb **(52)**.

1.2.7 Využívání sociálních služeb

System sociálních služeb využívá ročně přibližně 500 tisíc osob (např. 110 tisíc klientů pečovatelské služby, 15 tisíc klientů osobní asistence, 70 tisíc lůžek v pobytových zařízeních služeb sociální péče, 15 tisíc lůžek v azylových domech a noclehárnách apod.). Sociální služby zaměstnávají 55 tisíc pracovníků (v přepočtených úvazcích). Celkové náklady systému se pohybují ročně v rozmezí 33 až 35 miliard Kč. Z této částky státní rozpočet zajišťuje cca 24 miliard Kč, formou výplat příspěvku na péči (18 mld. Kč) a dotacemi na poskytování sociálních služeb (6 mld. Kč) **(46)**.

Způsob zajištění péče může být různým způsobem kombinován, tj. např. kombinace péče ze strany blízkých osob s profesionálními sociálními službami např. osobní asistencí, pečovatelskou službou, denními stacionáři, odlehčovací službou aj. **(27)**.

Tabulka 1 popisuje strukturu poskytovatelů dle stupně příspěvku na péči a formy služby v případě zajištění péče registrovaným poskytovatelem sociálních služeb **(44)**.

Tab. 1: Struktura poskytovaných typů sociálních služeb dle stupně příspěvku na péči

v procentech	podíl v I. stupni	podíl v II.stupni	podíl ve III.stupni	podíl ve IV.stupni
pobytové	10	14	19	32
ambulantní	4	3	3	3
terénní	8	6	5	4
žádný poskytovatel	78	77	73	61

Zdroj: MPSV: Sociální služby a příspěvek na péči (44)

Zákon zavedl princip registrací v sociálních službách, klade důraz na splnění zákonem stanovených předpokladů a kritérií pro poskytování sociálních služeb. Důraz je kladen na kvalitu služeb, která je definována standardy sociálních služeb. Pro kontrolu poskytovaných sociálních služeb zřídil zákon víceméně samostatný institut inspekcí v sociálních službách (36).

Sociální služby by v maximálním možném rozsahu měly lidem pomáhat žít **běžným životem**. Umožnit jim pracovat, nakupovat, navštěvovat školu, navštěvovat místa víry, účastnit se aktivit volného času, starat se sám o sebe a o svou domácnost stejně jako o všechny další věci, které jsou lidmi vnímány jako samozřejmé až do chvíle, kdy nám v nich nějaký stav či událost začne bránit. Proto existuje velmi silná **preferenze služeb**, které jsou založeny na poskytování **v rámci vlastního přirozeného společenství**, což umožňuje lidem žít ve vlastním domově, pracovat, vzdělávat se a zapojit se života ve svém okolí (40).

1.3 Pobytové služby versus domácí péče

Domov se dá definovat jako místo, kde nejvíce můžeme být sami sebou a nejméně musíme dodržovat konvenci svých společenských rolí. V tomto smyslu ústav domovem téměř nikdy není a ztráta soukromí je pravidelnou daní za pobyt v ústavu (34). Uvádí se, že v České republice žije přes 7 % důchodců pod hranicí chudoby. Polovina všech obyvatel domovů pro seniory se do těchto zařízení neuchyluje proto, že by potřebovali každodenní péči, nýbrž z pocitu osamělosti, snahou nebýt na obtíž či vyřešit svůj problém s bydlením či bydlení svých dětí (79).

1.3.1 Význam rodiny

Pro současného seniora měla a má význam rodina a bezpečné rodinné zázemí (23). Síla vztahů k blízkým lidem se ve stáří většinou nijak nemění a význam rodiny s věkem naopak znovu stoupá. V širší rodině zastává senior obvykle i nadále důležitou roli rodiče, prarodiče, popřípadě prababičky a pradědečka (74). V moderní rodině však ubývá mezigeneračního soužití a společného sdílení rodinných vazeb. Uvolněním tradičních rodinných vazeb došlo k prohloubení názorových rozdílů mezi generacemi - na svět, rodinu, hodnotový systém, společnost a další aspekty lidského života. Dochází k citovému oslabení a v důsledku toho vážně důvěrnější komunikace mezi generacemi v rámci rodiny (23).

V České republice tvoří lidé z kategorie seniorů 18,4 % (1,88 milionu) populace a v budoucnu má tento podíl ještě výrazněji narůstat. Podle některých prognóz bude za 30 let v seniorském věku každý třetí obyvatel naší země. Kromě takřka zdvojnásobení počtu seniorů, kdy počet osob ve věku nad 85 let se má dokonce zvýšit více než pětinašobně, poklesne pozvolně poměrné zastoupení dětí a to až o jednu čtvrtinu. Vliv na tento trend budou mít především silné poválečné ročníky, které začnou v nejbližších letech překračovat seniorskou věkovou hranici, přičemž tento efekt nebude kompenzován zvýšenou natalitou (79).

V případě, že senioři přestávají stačit na některé z každodenních úkolů, většinou mohou situaci řešit a také nejčastěji řeší **prostřednictvím svých nejbližších**. Zdroje pomoci a podpory senioři hierarchizují. Mezi zdroji asistence drží v rodině primát životní partner - staří manželé spolupracují anebo se spoléhají na pomoc druhého. Rovněž zmíněnou mobilizaci vlastních sil vztahují senioři žijící v manželství typicky k páru a udržení autonomie je chápáno také jako párová záležitost. Dále spoléhají na další ze svých nejbližších - dospělé děti, na přátelé, včetně sousedů, které mezi přátelé počítají, partnery dětí a jiné příbuzné, dále na profesionály, kde specifickou pozici zaujímají lékaři, eventuelně pracovníci pečovatelské služby a nakonec na sousedy s nimiž je nespojují přátelské vazby (77).

1.3.2 Způsoby zajištění péče v domácím prostředí a potřeby pečujících

Havlík (11) uvádí tři stupně péče o seniora, které lze rozlišit z hlediska intenzity a naléhavosti potřeb, které od rodiny vyžaduje. Jedná se o důležitou, avšak časově, fyzicky a psychicky méně náročnou, podpůrnou péči (subsidiary care). Tuto formu péče potřebuje prakticky každý senior, kterého bychom z nějakého hlediska považovali za ne zcela

soběstačného. Druhým, vyšším stupněm rodinné pomoci, je neosobní péče (impersonal care). Sem bývají zařazovány činnosti související s péčí o domácnost, nejčastěji činnosti jako: uvařit, uklidit, vyprat. Třetím, nejnáročnějším stupněm péče, je osobní péče (personal care). Jedná se o činnosti časově velmi nákladné, buď fyzicky, nebo psychicky náročné a spojené s intimní péčí o seniora **(11)**.

Pečovatelem, pečovatalkou je podle úrovně svého vzdělání profesionální pracovník, který absolvoval kvalifikační přípravu k povolání. Avšak ve skutečnosti je záběr tohoto slova daleko širší. Pečovatelem je každý, kdo se o někoho stará, pomáhá mu, pečuje o něj. Ve zdravotnickém zařízení pečuje o nemocné všeobecná sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatelka, eventuelně i sanitářka. Osoby v těchto pomáhajících profesích se různým způsobem podílejí na saturaci potřeb nemocných, tedy ošetřují a pečují. Pečovatelem je však i nejbližší rodinný příslušník či jiný příbuzný i bez odborného vzdělání. Všechny uvedené osoby se v různé míře starají o postiženého jedince, disponují odlišnou mírou zodpovědnosti za vykonanou práci, provádějí více či méně odborné výkony **(50)**.

Rodina musí splňovat řadu předpokladů pro dobrou péči o nesoběstačného člena, jako nejpodstatnější Klevetová **(24)** uvádí tyto:

- Moci - mít podmínky fyzické, sociální, psychické, bytové, časové, finanční atd.
- Chtít pečovat - mít dobrou vůli, snažit se hledat možnosti a řešení v dané situaci za přispění všech členů rodiny.
- Umět pečovat - vědět, jak pomoci, znát rozsah potřebné pomoci **(24)**.

Laičtí pečovatelé, tedy rodinní příslušníci, kteří se starají o postižené dítě nebo nemocné rodiče, mohou prožívat smíšené pocity. Na jedné straně je vztah ke členovi rodiny a uspokojení z možnosti mu pomáhat. Na druhé straně nacházíme pocity rozmrzelosti ze ztráty soukromí, duševní rovnováhy a toho, že rodinní pečující nemají skoro žádný vliv na další vývoj událostí. Je pro ně náročné pečovat o starého rodiče a sledovat, jak postupně slábne, jak se zhoršuje jeho zdravotní stav. Nemohou udělat nic pro to, aby rodiči chutnalo, aby se obnovila hybnost, která byla ještě před měsícem zachována. Pocity bezmoci vedou ke stresům a pocitům viny, zdali jsme pro slábnoucí babičku vykonali vše, co jsme mohli. Nemoci, bezmoc a umírání rodičů jsou běžnou součástí lidského života. Proto je potřeba, aby se pečující smířili se situací a zároveň mysleli sami na sebe. Sebeobviňování na duševní pohodě nepřidá, laičtí pečovatelé by si měli stanovit reálné cíle **(51)**.

Rovněž Klevetová **(24)** vidí péči rodiny o nesoběstačného seniora jako nezastupitelnou. Měla by se však omezit jen na péči, kterou si člověk nemůže obstarat sám. Stává se také,

že je někdy senior přepečováván, hovoříme o hyperprotektivní syndromu, který se vyskytuje nejen v rodinách, ale i v zařízeních pro seniory. Každý člověk by měl mít snahu zůstat co nejdéle soběstačný a chápat přínos vlastní zodpovědnosti za své stáří, co je schopen udělat pro své stáří, jak se na ně připraví a jak se vyrovná s úskalími, která někdy stáří provázejí (24).

Na základě výzkumu *Představy rodinných příslušníků o zabezpečení péče nesoběstačným rodičům* Veselá (86) uvádí, že vysoké procento respondentů je ochotno poskytovat rodičům osobní péči, dotázaní současně přiznávají, že existují okolnosti, které by mohly vyústit v rozhodnutí zabezpečit potřebnou péči prostřednictvím instituce poskytující sociální služby. Do míry vyslovených obav se promítá jejich předpokládaný dopad na život pečujícího a jeho rodiny, ale i pochybnost, zda potenciální pečovatel dokáže poskytnout dostatečně erudovanou péči (86).

Rovněž Klevetová zdůrazňuje obavy rodiny, aby svou pomocí dokonce nezpůsobila zhoršení zdravotního stavu, rodina často zaměňuje sníženou soběstačnost ve vyšším věku za nemoc. Na druhé straně, také mnohdy ve snaze pomoci, způsobuje nesnáze v léčebném režimu, například nedodržením dietního opatření a klidu na lůžku při hospitalizaci (24).

Veselá uvádí výčet skutečností, které by zásadním způsobem ovlivnily rozhodnutí neposkytovat rodiči péči osobně, patří sem obava z omezení možnosti zaměstnání, nezvládnutí potřebné odborné péče, časové náročnosti poskytované péče, potřeby přestěhovat rodiče do vlastního bytu, nezvládnutí psychické zátěže, nezvládnutí fyzické zátěže, zanedbávání potřeb vlastní rodiny, odloučení od vlastní rodiny při potřebě bydlení v bytě rodičů po dobu poskytování péče, finanční náročnosti péče, omezení osobního života a omezení možnosti pomáhat s péčí o vnoučata (86).

Poskytování pomoci je jedním z faktorů, který je náročný na čas, proto Mlýnková (51) zdůrazňuje, že pečovatelé si musí uvědomit, co zvládnou, co nezvládnou, v jakém rozsahu jsou schopni poskytovat péči. Zároveň není možné opomíjet své cíle a cíle své rodiny. Pokud rodina nezvládá péči o svého člena, má možnost se obrátit na poskytovatele sociálních služeb, např. jde-li o hygienickou péči o seniora, hlídání mentálně postiženého dítěte, péči o jedince s poruchami smyslů, péči o duševně nemocného, který není schopen uspokojit své základní potřeby (51).

Je zřejmé, že nutnost pečovat o nesoběstačnou osobu vyžaduje od pečující rodiny na kratší či delší dobu se přizpůsobit jeho potřebám. Z hlediska časové náročnosti může jít o občasnou či každodenní pomoc při zabezpečení chodu domácnosti, případně stravy a hygieny až po potřebu celodenního dohledu a péče. To samozřejmě klade velké nároky jak

na pečujícího a jeho rodinu, tak i na případnou pomoc ze strany širší rodiny. Více než polovina souboru respondentů studie Veselé uvedla, že v případě potřeby by zabezpečovali péči nesoběstačným rodičům za pomoci sourozenců v jejich domácnosti. Zcela jednoznačně převažuje mínění, že i nesoběstačnému seniorovi je lépe v **domácím prostředí** než v ústavním zařízení (86).

Změnu bydliště starší lidé prožívají jako zásadní vytržení z dosavadního stylu. Opouštějí totiž *domov* - důvěrné místo s důvěrně známým fyzickým a sociálním okolím, a s nezřídka oslabenými silami a zdroji musejí budovat domov nový. Přesun seniora do zařízení sociální péče přináší zvýšené nebezpečí sociálního vyloučení, senioři musí volit, zda opustit vlastní domov či, zda zůstat a stát se břemenem dítěte nebo rodiny. O ztrátě autonomie seniorů v institucích, o tendencích k paternalistickému přístupu k nim se v odborných kruzích stále diskutuje. Vědci upozorňují, že očekávání nekompetence seniorů nekultivuje zbývající síly, neaktivuje rezervy, naopak posiluje závislost. Závislé chování seniora současně bývá úspěšnější cestou k zajištění sociálních kontaktů s personálem než chování nezávislé. Rovněž tak přistěhování k některému z dětí není bezesporé - usnadňuje sice sociální kontakty s nejbližšími i přístup k jejich pomoci, současně však ohrožuje soukromí i autonomii všech členů širší rodiny (78).

Jednou z ústředních idejí zákona o sociálních službách je vytvoření takových podmínek osobám závislým na péči jiných osob, aby mohly co nejdéle setrvat v přirozených podmínkách domácího prostředí (25).

Úlohou společnosti je **motivovat rodinu** morálně, legislativně, ekonomicky a sociálně. Dalším úkolem společnosti je současně vytvoření dostatečného spektra i kapacity sociálních služeb, které by pomáhaly rodině tuto funkci plnit (23). Dříve bylo běžné, že se děti staraly o své staré rodiče, v současnosti se spíše preferuje soběstačnost, nezávislost a ekonomický zisk. Pro mnoho rodin je v dnešní době jednodušší zajistit svým stárnoucím členům odbornou péči, než svůj život přizpůsobit jejich potřebám (74). Psychologicky lze odhodu nově generace od rodičovské hájit právem nové populace na seberealizaci podle vlastních představ a potřeb, sociologicky vývojem společnosti (24).

Čtyři z pěti Čechů, kteří jsou v dospělém věku, mají obavy, zda zvládnou péči o své rodiče či zda péče o ně nenaruší zásadně jejich život. Česku tak reálně hrozí, že stále více seniorů se bude muset ve věku, kdy budou vyžadovat velkou pomoc a podporu, spoléhat místo na rodinu především na stát. Mezigenerační solidarita, která byla v Česku velmi silná, tak dostává v posledních letech řadu trhlin. Sociální kapitál uložený do rodinné

solidarity v dosud žijících generacích se vyčerpá v horizontu deseti až dvaceti let. Mnohé náklady, které dosud nese rodina, bude muset převzít stát (53).

Generace prarodičů žije stále častěji samostatně, ale i v osamocení. Závažnost častějšího rozkladu rodiny nespočívá v tom, že přibývá domácností jednotlivců, ale v tom, že ve skutečnosti přibývá jedinců skutečně osamělých, zbavených životního a citového zázemí nebo přímo opory v době životních krizí (24).

Starší populace bude v průměru sice zdravější, což se odráží ve skutečnosti dožívání vyššího věku než dříve, ale zároveň bude ve větším rozsahu postižena chronickými a degenerativními onemocněními. Ty sice nepovedou k úmrtí, ale zato se budou častěji projevovat ztrátou soběstačnosti, navíc patrně na delší dobu zbytku života. Tím intenzivněji porostou nároky na veřejný sektor a především na veřejné zdravotnictví a sociální služby, protože dlouhodobě snížené počty dětí v rodinách v minulých generacích a prodlužování věku odchodu do starobního důchodu omezí možnosti rodinné péče o bezmocné osoby. To ve svém důsledku povede ke zvýšení společenských nákladů, které zatím nelze ani zhruba odhadnout, protože jednotkové ceny budou do značné míry záviset také na rozdílu mezi nabídkou a poptávkou po těchto službách a stavem veřejných financí (9). Stát na financování sociálních služeb nepřispívá pouze formou dotací, ale dává do rukou uživatele finanční prostředky na úhradu sociální služby v podobě **příspěvku na péči** (42). Jedná se o nástroj, který měl měnit podobu sociálních služeb, a to zejména postavení uživatele této služby (39).

1.4 Příspěvek na péči

Dle dokumentu *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti* (42) je zákon o sociálních službách prvním zákonem dodržujícím lidsko-právní princip svobodné volby formy pomoci a typu služby na základě specifických potřeb uživatele. **Příspěvek na péči** je proto adresovaný přímo potenciálnímu uživateli služby, čímž dává informovanému uživateli možnost vybrat si takovou službu, kterou skutečně potřebuje, a která umožní jeho sociální začlenění do přirozené komunity (42).

Podstatou a účelem příspěvku na péči je přispět osobám, které jsou pro svou nepříznivou sociální situaci závislé na pomoci jiné osoby, na zajištění potřebné pomoci, zejména prostřednictvím služeb sociální péče. Autoři zákona předpokládali, že tento prvek povede k posílení autonomie uživatele služby, zvýší jeho roli v procesu poskytování

služeb. Očekávalo se, že se více než dříve uživatel stane aktivním subjektem jemu poskytované služby (39).

1.4.1 Základní kvantitativní údaje

Původní předpoklad celkových nákladů na výplaty příspěvků na péči se nepotvrdil, skutečný počet příjemců je výrazně vyšší než se odhadovalo. Předpokládalo se, že příspěvek na péči bude vyplácen cca 175 tisícům osob, náklady měly činit cca 8 mld. Kč (64).

- Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky v roce 2009 vyplatilo prostřednictvím obcí s rozšířenou působností každý měsíc 288 – 295 tisíc příspěvků na péči. Příjemci státního příspěvku si za celý rok 2009 rozdělili téměř 18,7 miliardy Kč, což je o cca 450 milionů Kč více než v roce 2008 (47).
- Největší počet dávek podle rozvrstvení do stupňů vykazuje v roce 2009 první stupeň závislosti, tj. cca 113 000 dávek a průměrně se vyplatilo víc než 237 milionů Kč. Ve druhém stupni se jednalo cca o 86 000 dávek, které si průměrně měsíčně vyžádaly cca 350 milionů Kč. Ve třetím stupni závislosti příspěvek na péči obdrželo 57 645 lidí, ve čtvrtém 35 166 v celkovém objemu téměř 468 a 402 milionů Kč.
- Příspěvek na péči více pobíraly ženy, bylo jich o téměř 50 % více než mužů. Každý měsíc bylo přibližně 20 tisíc příjemců mladších 18 let, kteří dostávali příspěvky v průměrném celkovém měsíčním objemu 147 milionů Kč. Lidí starších 18 let bylo cca 272 tisíc, vyplatilo se jim více než 1,3 miliardy Kč¹ (47).

1.4.2 Poskytování příspěvku

Zákon o sociálních službách je založen na obecném společenském principu solidarity. Osoby vyjmenované v zákoně, tzv. oprávněné osoby, mohou žádat pomoc a podporu ze strany veřejné správy a poskytovatelů sociálních služeb, v případech, kdy nejsou schopny řešit svoji nepříznivou sociální situaci. Pomoc a podpora musí vždy zachovávat lidskou důstojnost osoby, musí vycházet z individuálních potřeb člověka a posilovat jeho schopnost sociálního začleňování (75).

Nárok na příspěvek na péči má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti v takovém rozsahu, který odůvodňuje její zařazení do některého ze stupňů závislosti (28).

¹ Uvedené číselné údaje jsou vždy měsíční průměrné hodnoty za rok 2009.

Nárok na příspěvek však nemá osoba mladší jednoho roku, kde se předpokládá srovnatelný stupeň péče jako o osoby bez nepříznivého zdravotního stavu (39).

1.4.3 Stupně závislosti

Závislost na pomoci jiné fyzické osoby se posuzuje na základě hodnocení schopnosti osoby zvládat celkem 36 stanovených úkonů, a to 18 úkonů péče o vlastní osobu a 18 úkonů soběstačnosti (95). Způsob stanovení počtu úkonu je v práci podrobně rozebrán v kapitole *Sociální šetření*.

S ohledem na počet úkonů, při kterých osoba potřebuje z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu každodenní pomoc nebo dohled, a s ohledem na věk osoby se rozlišují čtyři stupně závislosti (28):

Osoba se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve

a) **stupni I (lehká závislost)**, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 4 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,

b) **stupni II (středně těžká závislost)**, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 10 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,

c) **stupni III (těžká závislost)**, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 15 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,

d) **stupni IV (úplná závislost)**, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 20 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti (95).

Novelizací zákona od 01.08.2009 má osoba zařazená do některého ze čtyř stupňů závislosti nárok na příspěvek pouze za předpokladu, že potřebnou pomoc jí poskytuje :

- osoba blízká²
- jiná fyzická osoba než osoba blízká, pokud tuto činnost nevykonává jako podnikatel

² definuje § 116 občanského zákoníku

- poskytovatel sociálních služeb zapsaný v registru poskytovatelů sociálních služeb podle § 85 odst. 1 zákona o sociálních službách
- speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu **(28)**.

Nárok na příspěvek má tato osoba i po dobu, po kterou jí je podle zvláštního právního předpisu³ poskytována zdravotní péče formou ústavní péče v nemocnici nebo odborném léčebném ústavu **(95)**.

1.4.4 Příspěvek na péči dle způsobu použití

Z hlediska způsobu použití je zcela zjevné, že příspěvek na péči je využíván především při zajištění péče fyzickou osobou, tj. nejčastěji členem rodiny, přičemž se stupněm závislosti tento podíl mírně klesá a naopak se zvyšuje podíl péče ze strany registrovaných poskytovatelů sociálních služeb, viz tabulka 2 **(44)**.

Tab.2: Způsoby zajištění péče v jednotlivých stupních závislosti (relativní četnost)

v procentech	podíl v I. stupni	podíl v II.stupni	podíl ve III.stupni	podíl ve IV.stupni
fyzická osoba	77	77	72	59
registrovaný poskytovatel	17,5	19,5	23	35
neregistrovaný poskytovatel nebo údaj neuveden	5,5	4,5	5	6

Zdroj: MPSV, Sociální služby a příspěvek na péči **(44)**.

Při zajištění péče fyzickou osobou je nejčastěji pečující osobou zletilé dítě osoby vyžadující péči, dále pak manžel či manželka a rodič. Strukturu pečujících osob v jednotlivých stupních příspěvku na péči ukazuje tabulka 3 **(44)**.

Tab.3: Struktura pečujících osob dle stupně závislosti (relativní četnost)

v procentech	podíl v I. stupni	podíl v II.stupni	podíl ve III.stupni	podíl ve IV.stupni
zletilé dítě	42	36	29	26
manžel	13	16	14	11
rodič	7	11	22	20

Zdroj: MPSV, Sociální služby a příspěvek na péči **(44)**.

³ § 23 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

Další významnější skupinou pečujících jsou pak zeť/snacha, vnuk/vnučka a jiné osoby. Jejich podíl však nepřekračuje 5 % (44).

1.4.5 Nárok na příspěvek a jeho výplatu

O příspěvku rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností (95). Nárok na příspěvek vzniká dnem splnění zákonem stanovených podmínek a podáním žádosti o přiznání příspěvku. Příspěvek může být přiznán a vyplácen nejdříve od počátku kalendářního měsíce, ve kterém bylo zahájeno řízení o přiznání příspěvku a to na základě žádosti nebo z moci úřední. Z uvedeného vyplývá, že příspěvek nelze přiznat zpětně za dobu před podáním žádosti, resp. před zahájením řízení z moci úřední o přiznání příspěvku, i kdyby byly podmínky nároku splněny (28). Nárok na příspěvek nezaniká uplynutím času ani není předmětem dědictví. Nárok na příspěvek nelze postoupit ani dát do zástavy. Příspěvek nepodléhá výkonu rozhodnutí a nemůže být předmětem dohody o srážkách (39). Výši příspěvku dle jednotlivých stupňů závislosti uvádí tab. 4 a 5 (95).

Tab. 4: Výše příspěvku pro osoby do 18 let věku za kalendářní měsíc

Stupeň závislosti	Kč
I (lehká závislost)	3 000
II (středně těžká závislost)	6 000
III (středně těžká závislost)	9 000
IV (úplná závislost)	12 000

Zdroj: Zákon o sociálních službách (95)

Tab. 5: Výše příspěvku pro osoby nad 18 let věku za kalendářní měsíc

Stupeň závislosti	Kč
I (lehká závislost)	2 000
II (středně těžká závislost)	4 000
III (středně těžká závislost)	8 000
IV (úplná závislost)	12 000

Zdroj: Zákon o sociálních službách (95)

1.4.6 Výplata příspěvku

Příspěvek vyplácí obecní úřad obce s rozšířenou působností, který je příslušný k rozhodování o příspěvku, tj. obecní úřad obce s rozšířenou působností podle místa trvalého nebo hlášeného pobytu oprávněné osoby (28). Příspěvek se vyplácí měsíčně, a to v kalendářním měsíci, za který náleží, buď v hotovosti nebo se poukazuje na účet u banky určené příjemcem příspěvku (39). Příspěvek se nevyplácí, jestliže je oprávněné osobě po celý kalendářní měsíc poskytována zdravotní péče formou ústavní péče v nemocnici nebo odborném léčebném ústavu, nejde-li o poskytování sociálních služeb dle § 52 (95).

Příspěvek je z hlediska práva Evropského společenství považován za dávku, která podléhá koordinaci dle Nařízení 1408/71 a tudíž je dávkou exportovatelnou do ciziny (28). Požádá-li příjemce příspěvku o změnu způsobu výplaty příspěvku, je obecní úřad obce s rozšířenou působností povinen provést změnu způsobu výplaty příspěvku od kalendářního měsíce následujícího po kalendářním měsíci, v němž mu byla taková žádost doručena (95).

Příjemcem příspěvku je zpravidla oprávněná osoba, tj. osoba, které byl příspěvek přiznán. Nárok na příspěvek vzniká i nezletilým dětem nebo osobám zbaveným způsobilosti k právním úkonům, na místo nich je příjemcem příspěvku jejich zákonný zástupce. Zákonným zástupcem nezletilého jsou podle zákona o rodině rodiče dítěte, je-li dítě osvojeno, jeho osvojitelé a v případě, kdy tyto osoby nemohou dítě zastupovat, soudem ustanovený poručník, případně opatrovník. Zákonným zástupcem osoby, která byla zbavena způsobilosti k právním úkonům nebo jejíž způsobilost k právním úkonům byla omezena, je soudem ustanovený opatrovník (28).

Obecní úřad obce s rozšířenou působností má povinnost ustanovit **zvláštního příjemce příspěvku**, jestliže oprávněná osoba, popřípadě zákonný zástupce:

- nemůže příspěvek přijímat
- nevyužívá příspěvek k zajištění potřebné pomoci (39).

Zvláštním příjemcem příspěvku může být ustanovena pouze fyzická osoba, která s ustanovením souhlasí. Zvláštním příjemcem nemůže být ustanoven ten, jehož zájmy jsou ve střetu se zájmy oprávněné osoby. Zvláštní příjemce je povinen používat příspěvek ve prospěch oprávněné osoby (95).

1.4.7 Povinnosti žadatele o příspěvek, oprávněné osoby a jiného příjemce příspěvku

V průběhu řízení o příspěvku i v průběhu pobírání příspěvku jsou stanoveny povinnosti osob, jejichž splnění je nezbytné pro získání podkladů pro rozhodnutí o

příspěvku, a dále pro osvědčení některých skutečností rozhodných pro nárok na příspěvek jeho výplatu (28).

Žadatel o příspěvek a oprávněná osoba, jejichž zdravotní stav je třeba posoudit pro stanovení stupně závislosti, jsou povinni (95):

- podrobit se sociálnímu šetření
- podrobit se vyšetření zdravotního stavu nebo jinému odbornému vyšetření
- osvědčit skutečnosti rozhodné pro nárok na příspěvek, jeho výši nebo výplatu a dát písemný souhlas k ověření těchto skutečností (75)
- písemně ohlásit příslušnému obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností v průběhu řízení o příspěvku změny ve skutečnostech rozhodných pro průběh řízení (28).

Příjemce příspěvku je povinen:

- písemně ohlásit příslušnému obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností do 8 dnů změny ve skutečnostech rozhodných pro nárok na příspěvek, jeho výši nebo výplatu (95)
- na výzvu příslušného obecního úřadu obce s rozšířenou působností osvědčit skutečnosti rozhodné pro nárok na příspěvek, jeho výši nebo výplatu, a to ve lhůtě do 8 dnů ode dne doručení výzvy, není-li určena lhůta delší (75)
- písemně ohlásit příslušnému obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností změny týkající se zajištění pomoci, a to ve lhůtě do 8 dnů ode dne, kdy tato změna nastala (95)
- využívat příspěvek na zajištění potřebné pomoci (95).

Důsledkem neplnění stanovených povinností je nepřiznání příspěvku nebo jeho odnětí, příp. zastavení výplaty (39).

§ 21 a) zákona o sociálních službách jsou rovněž stanoveny povinnosti pečujících fyzických a právnických osob. Jedná se především o povinnost písemně ohlásit příslušnému obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností přijetí oprávněné osoby do ústavní péče v nemocnici nebo odborném léčebném ústavu a propuštění z tohoto zařízení, a to ve lhůtě do 8 dnů ode dne, kdy tato skutečnost nastala (95). Tuto povinnost má i zařízení sociálních služeb uvedené v § 48 až 51, jestliže poskytuje oprávněné osobě pobytové sociální služby. Jedná se o domov pro seniory, domov pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem a chráněné bydlení (28).

Další povinností je ohlásit úmrtí oprávněné osoby příslušnému obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností a to ve lhůtě do 8 dnů ode dne úmrtí oprávněné osoby. Tuto povinnost má kromě výše uvedených poskytovatelů i zdravotnické zařízení, které

poskytuje sociální služby podle § 52, a speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového⁴ typu, pokud poskytovaly oprávněné osobě pomoc **(95)**.

Nesplnění povinnosti ohlásit úmrtí oprávněné osoby ve stanovené lhůtě je pro všechny poskytovatele sociálních služeb od 01.08.2009 správním deliktem, za který lze dle zákona o sociálních službách uložit pokutu až do výše 20.000 Kč **(28)**.

1.4.8 Řízení o příspěvku

Správní řízení v sociální správě charakterizuje Francová, Novotný **(7)** jako specifický druh správního řízení, jehož cílem je rozhodnutí o tom, zda je či není právo nebo povinnost, nebo zda takové právo nebo povinnost vzniká, zaniká nebo se mění jeho podoba **(7)**. V řízení ve věci příspěvku na péči se obecně postupuje podle zákona č.500/2004 Sb., správní řád. Zákon o sociálních službách stanoví některé odchylky od správního řádu **(28)**. Řízení o přiznání příspěvku se zahajuje na základě písemné žádosti podané na tiskopisu předepsaném Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR. Pokud není osoba schopna jednat samostatně a nemá zástupce, zahajuje se řízení o příspěvku z moci úřední **(95)**.

Je-li nezletilá osoba svěřena na základě rozhodnutí příslušného orgánu do péče jiné fyzické osoby, zastupuje ji v řízení o příspěvku tato fyzická osoba **(95)**. Nezletilou osobu, které jsou poskytovány pobytové služby (§ 48, 50, 52), zastupuje zařízení, které jí poskytuje služby, jestliže:

- zákonný zástupce osoby, popř. fyzická osoba, které byla nezletilá osoba svěřena do péče na základě rozhodnutí příslušného orgánu, nepožádá o příspěvek, a to ani na výzvu obecního úřadu obce s rozšířenou působností ve lhůtě dvou měsíců ode dne doručení výzvy, nebo
- pobyt zákonného zástupce nezletilé osoby nebo fyzické osoby, které byla nezletilá osoba svěřena do péče, není znám **(28)**.

⁴ Hospicová péče je zvláštním typem zdravotnické péče **(14)**. V zákoně o sociálních službách se tento pojem objevil poprvé s jeho novelizací od 01.08.2009. Historie hospicové péče v ČR je spojena se jménem MUDr. Marie Svatošové, jež založila v r.1993 občanské sdružení s názvem Ecce homo (Ejhle člověk). Koncem roku 1995 pak bylo v ČR otevřeno první zařízení – Hospic Anežky České v Červeném Kostelci, postupně pak začaly vznikat na různých místech ČR další hospice. Myšlenka hospice vychází z úcty k životu, respektuje člověka jako jedinečnou a neopakovatelnou bytost **(18)**. Nejde o uzdravování a prodlužování života nemocného, nýbrž o tzv. paliativní péči, o zkvalitnění života umírajícího. Poskytují ji jednak rodinní příslušníci (laická), dobrovolníci nebo agentury domácí péče (odborná) **(14)**.

Osobě, která vzhledem ke svému zdravotnímu stavu není schopna jednat samostatně a nemá zástupce, obecní úřad obce s rozšířenou působností ustanoví pro řízení o příspěvku opatrovníka (75).

Žádost o příspěvek na péči musí obsahovat **náležitosti** stanovené § 37 odst.2 správního řádu (28). Kromě toho musí obsahovat:

- označení osoby blízké nebo jiné fyzické osoby anebo právnické osoby, která osobě poskytuje nebo bude poskytovat pomoc, způsob pomoci a písemný souhlas osoby blízké anebo jiné fyzické osoby nebo právnické osoby s jejím poskytováním (95)
- určení, jakým způsobem má být příspěvek vyplácen, tj. zda v hotovosti, nebo na bankovní účet (28).

Podkladem pro vydání rozhodnutí o příspěvku je sociální šetření a posouzení stupně závislosti. Sociální šetření je v práci podrobně rozepsáno v samostatné kapitole.

Stupeň závislosti od počátku účinnosti zákona, tedy od 01.01.2007 posuzovaly místně příslušné úřady práce. Od 01.07.2009 posuzuje stupeň závislosti **okresní správa sociálního zabezpečení** na základě žádosti obecního úřadu obce s rozšířenou působností (28). Při posuzování stupně závislosti osoby vychází okresní správa sociálního zabezpečení ze zdravotního stavu osoby doloženého nálezem ošetřujícího lékaře, z výsledku sociálního šetření a zjištění potřeb osoby, popřípadě z výsledků funkčních vyšetření a z výsledku vlastního vyšetření posuzujícího lékaře (95).

V systému sociálních služeb je tedy zaveden nový zdravotně-sociální model posuzování, který stojí na principech předchozí lékařské posudkové činnosti, v těsném sepětí se sociálním principem, tedy hodnocením schopnosti samostatného života osoby v přirozeném sociálním prostředí z hlediska péče o vlastní osobu s přihlédnutím k soběstačnosti (75).

Obecní úřad obce s rozšířenou působností přeruší řízení o příspěvku na dobu, po kterou okresní správa sociálního zabezpečení posuzuje stupeň závislosti osoby. Dále přeruší řízení o příspěvku také na dobu, po kterou je osobě poskytována zdravotní péče formou ústavní péče v nemocnici nebo odborném léčebném ústavu, pokud nebylo do dne přijetí osoby do tohoto zařízení provedeno sociální šetření (95).

Po zhodnocení stupně závislosti okresní správa sociálního zabezpečení sdělí příslušnému obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností výsledek tohoto posouzení s uvedením úkonů, které osoba není schopna zvládnout. Jeho obsahem jsou pouze ty části posudku, které neobsahují údaje o zdravotním stavu posuzované osoby (28). Toto

posouzení je součástí rozhodnutí o přiznání či zamítnutí příspěvku, které obdrží žadatel (95).

O odvolání proti rozhodnutí obecního úřadu obce s rozšířenou působností rozhoduje krajský úřad. Stupeň závislosti osoby pro účely odvolacího řízení posuzuje Ministerstvo práce a sociálních věcí svou posudkovou komisí (28).

1.4.9 Úhrada za pobyt dítěte s nařízenou ústavní výchovou

Je-li dítě umístěno do domova pro osoby se zdravotním postižením na základě rozhodnutí soudu o nařízení ústavní výchovy nebo předběžného opatření, stanoví **úhradu za stravu a za péči** rozhodnutím obecní úřad obce s rozšířenou působností příslušný podle místa trvalého nebo hlášeného pobytu dítěte a to rodiči dítěte nebo rodiči, kterému bylo dítě svěřeno rozhodnutím soudu do péče, popřípadě jiné fyzické osobě povinné výživou dítěte (95). Jedná se o výjimku z obecně stanoveného smluvního principu v sociálních službách, dle § 91 odst.1 zákona, se v uvedeném případě o poskytnutí sociální služby smlouva neuzavírá (28).

Úhrada se však nestanoví, jestliže osoba, která je povinna úhradu hradit nebo osoba s ní společně posuzovaná doloží, že je příjemcem dávek podle zákona č.111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi. Úhrada se rovněž nestanoví nebo se sníží, jestliže tato osoba doloží, že po zaplacení úhrady by její příjem nebo její příjem a příjem osob s ní společně posuzovaných poklesl pod součet částky životního minima podle zákona č.110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu a částky normativních nákladů na bydlení podle zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře (95).

1.4.10 Kontrola využívání příspěvku na péči

Kontrolu využívání příspěvku provádí obecní úřad obce s rozšířenou působností, který rozhodl o přiznání příspěvku. Na postup se nevztahuje zákon o státní kontrole. S účinností od 01.08.2009 stanoví zákon o sociálních službách kritéria, jejichž plnění musí být v rámci kontroly ověřeno, a která jsou rozhodná pro zjištění, zda je příspěvek využíván v souladu se zákonem⁵ (28).

Obecní úřad obce s rozšířenou působností **kontroluje:**

- zda příspěvek byl využit k zajištění pomoci

⁵ příloha 2 práce je formulář pro záznam o provedené kontrole užívaný Městským úřadem Sokolov, tiskopis byl vytvořen pracovníci odboru sociálních věcí a zdravotnictví

- zda je pomoc poskytována osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou uvedenou v § 83, nebo poskytovatelem sociálních služeb, který je zapsán v registru poskytovatelů sociálních služeb podle § 85 odst. 1, anebo speciálním lůžkovým zdravotnickým zařízením hospicového typu **(95)**
- zda je pomoc poskytována osobně tím, kdo byl uveden v žádosti o příspěvek, popřípadě ohlášen při pozdější změně **(28)**
- zda způsob poskytované pomoci a její rozsah odpovídá stanovenému stupni závislosti a zda je zaměřena na úkony, které podle výsledku posouzení stupně závislosti není osoba schopna zvládat
- zda v případě, kdy je pomoc poskytována osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou uvedenou v § 83, je tato osoba zdravotně způsobilá (za zdravotně způsobilou osobu k poskytování pomoci se nepovažuje osoba, která má sama nárok na příspěvek, ledaže lékařským posudkem ošetřujícího lékaře doloží, že je schopna tuto pomoc poskytovat) **(95)**
- zda byla s poskytovatelem sociálních služeb uzavřena smlouva o poskytování sociálních služeb (v případě, že oprávněné osobě poskytuje pomoc registrovaný poskytovatel sociálních služeb) **(28)**
- zda byly skutečně poskytnuty sociální služby, za něž byla zaplácena úhrada způsobem uvedeným v § 18a odst. 1 písm. b)⁶
- trvají skutečnosti uvedené v § 18a odst. 4, které jsou důvodem pro výplatu příspěvku ve stupni I (lehká závislost) způsobem uvedeným v § 18 odst. 3; tuto kontrolu provádí nejméně jedenkrát za 3 měsíce⁷ **(95)**.

Příspěvek lze použít pouze na ty výdaje, které souvisejí se zabezpečením pomoci a podpory osoby, která je závislá na péči jiné osoby. Může být tedy „spotřebován“ jako úhrada za péči, kterou zajišťuje poskytovatel sociální služby a samozřejmě také na výdaje, které vzniknou pečující osobě, tj. rodinnému příslušníkovi či jiné osobě, která není poskytovatelem sociální služby **(27)**.

Pokud jsou osobě poskytovány sociální služby registrovaným poskytovatelem sociálních služeb a při kontrole jsou shledány závažné nedostatky, je úřad povinen neprodleně o této skutečnosti informovat orgán, který rozhodl o registraci. V případě, že výsledkem kontroly je zjištění, že příspěvek není využíván k zajištění potřebné pomoci, závisí další postup obecního úřadu obce s rozšířenou působností na okolnostech

⁶ účinnost od 01.01.2011

⁷ účinnost od 01.01.2011

konkrétního případu. Je-li to účelné, může být ustanoven zvláštní příjemce příspěvku, nebo může být výplata zastavena, popř. příspěvek odňat (28). O výsledku kontroly provede obecní úřad obce s rozšířenou působností záznam do spisu, který obsahuje zejména popis zjištěných skutečností s uvedením nedostatků a označení ustanovení právních předpisů, které byly porušeny (95). Kontrolní činnost obvykle provádí pracovník, který prováděl sociální šetření, není to však pravidlem.

1.5 Sociální šetření

Obecní úřad obce s rozšířenou působností provádí pro účely rozhodování o příspěvku **sociální šetření**, které se vždy vykonává v místě skutečného pobytu osoby žádající o příspěvek na péči, tedy v jejím **přirozeném sociálním prostředí**. Od 01.08.2009 se v případě, že je oprávněná osoba před realizací sociálního šetření umístěna do zdravotnického zařízení, přeruší řízení o příspěvku na péči, a sociální šetření se provádí teprve po návratu osoby do jejího přirozeného prostředí, tedy do domácnosti či do pobytového zařízení sociálních služeb (28). Cílem sociálního šetření je co nejobektivnější posouzení schopnosti žadatele pečovat o vlastní osobu, zjištění míry soběstačnosti a posouzení nepříznivé sociální situace osoby (27).

1.5.1 Posuzování péče o vlastní osobu a posuzování soběstačnosti

Soběstačnost lze dle Kalvacha (22) chápat jako schopnost uspokojovat samostatně obvyklé potřeby v daném konkrétním prostředí. Podílejí se na ní dva faktory:

- funkční zdatnost osoby - tělesná i psychická, včetně potřebných dovedností a znalostí, které chybějí, např. nemocným se syndromem demence
- náročnost prostředí (22).

Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti viz tabulka 6 (95). Vlastní hodnocení je realizováno v čtyřbodové škále, a to ve stupních - zvládá (ke zvládnutí úkonu nepotřebuje jakoukoliv pomoc nebo dohled), zvládá s dohledem (posuzovaná osoba sice daný úkon zvládá, ale pro kontrolu jeho správnosti potřebuje dohled druhé osoby), zvládá s pomocí (osoba daný úkon zvládá pouze s pomocí, byť i částečnou, ze strany druhé osoby) a nezvládá (27).

Tab.6: Úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti

	I. úkony péče o vlastní osobu	II. úkony soběstačnosti
a)	příprava stravy	komunikace slovní, písemná, neverbální
b)	podávání, porcování stravy	orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí
c)	přijímání stravy, dodržování pitného režimu	nakládání s penězi nebo jinými cennostmi
d)	mytí těla	obstarávání osobních záležitostí
e)	koupání nebo sprchování	uspořádání času, plánování života
f)	péče o ústa, vlasy, nehty, holení	zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku
g)	výkon fyziologické potřeby včetně hygieny	obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování)
h)	vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh	vaření, ohřívání jednoduchého jídla
i)	sezení, schopnost vydržet v poloze v sedě	mytí nádobí
j)	stání, schopnost vydržet stát	běžný úklid v domácnosti
k)	přemísťování předmětů denní potřeby	péče o prádlo
l)	chůze po rovině	přepírání drobného prádla
m)	chůze po schodech nahoru a dolů	péče o lůžko
n)	výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení	obsluha běžných domácích spotřebičů
o)	oblékání, svlékání, obouvání, zouvání	manipulace s kohouty a vypínači
p)	orientace v přirozeném prostředí	manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří
q)	provedení si jednoduchého ošetření	udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady
r)	dodržování léčebného režimu	další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti

Zdroj: Zákon o sociálních službách

Při hodnocení úkonů pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí funkční dopad dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na schopnost zvládat jednotlivé úkony. Pro účely stanovení stupně závislosti se úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti

sčítají **(95)**. Schopnost osoby zvládat úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti se pro účely stanovení stupně závislosti hodnotí podle činností, které jsou pro jednotlivé úkony stanoveny v příloze č. 1 vyhlášky č. 505/2006 Sb. **(88)**.

Při hodnocení závislosti se přihlíží k charakteru zdravotního postižení (tělesnému, smyslovému, duševnímu, mentálnímu nebo kombinovanému). Obdobně se postupovalo i dříve, např. při stanovení stupně mimořádných výhod. Pro přiznání příspěvku na péči je však rozhodující dopad tohoto zdravotního postižení na schopnost zvládat úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti, nikoli jeho vlastní charakter **(39)**.

Z hlediska posuzování schopnosti zvládat jednotlivé úkony platí stěžejní pravidlo, že nepostačuje částečné zvládnutí úkonu. Vzhledem k tomu, že se v některých případech jeden úkon skládá z několika rovnocenných činností (např. oblékání, svlékání, obouvání, zouvání), vede nezvládnutí i jedné z těchto činností k závěru, že osoba není schopna úkon zvládnout **(39)**. Při hodnocení schopnosti osoby zvládat úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti se posuzuje, zda je osoba schopna dlouhodobě, samostatně, spolehlivě a opakovaně rozpoznat potřebu úkonu, úkon fyzicky provádět obvyklým způsobem a kontrolovat správnost provádění úkonu **(88)**.

Dle Vágnerové **(84)** závažné somatické postižení představuje jednu z největších životních zátěží, která nějakým způsobem ovlivní i psychiku nemocného a může více či méně změnit některé vlastnosti jeho osobnosti. Naopak řada tělesných potíží může být určitým způsobem psychikou nemocného ovlivněna, někdy i vyvolána. Postoj nemocného k vlastní chorobě je ovlivněn mnoha faktory, závisí na souhrnu nepříznivých změn a ztrát ve třech základních oblastech: sociální, somatické a psychické. Postoj k vlastní nemoci může v různé míře ovlivňovat změny identity člověka. Projevuje se i v tom, jak přijímá, anebo nepřijímá roli nemocného. To znamená, zda se s ní identifikuje, či nikoliv, a následkem toho se i různým způsobem chová **(84)**.

Pracovník provádějící šetření, proto musí pečlivě zvážit mnoho aspektů (v jakém fyzickém a psychickém stavu se posuzovaná osoba nachází, jaký je stav momentální a jaký je stav obvyklý, jaký je rozsah pomoci pečujících osob, v jakém prostředí osoba žije, osamělost, sociální kontakty, postoje, ale i vlastní hodnocení soběstačnosti posuzované osoby atd.), nelze pouze provést záznam toho, co mu diktuje posuzovaná osoba, či dokonce pečující osoba.

Dle Moravskoslezské studie *Senioři ve společnosti (Strategie zachování osobní autonomie)* **(77)** pro seniory vlastní, jimi prožívaná fyzická soběstačnost pro ně znamená nemuset žádat, prosit se o pomoc a také nebýt nikomu na obtíž, nezatěžovat ostatní.

Senioři si soběstačnosti cení také proto, že z ní čerpají pocit kompetence, užitečnosti, sebevědomí, sociálního uznání. Obdobným „paradoxem“ jakým jsou četné a závažné zdravotní potíže seniorů ve srovnání s relativně příznivým subjektivním zdravím, je i jimi prezentované silné přesvědčení o fyzické soběstačnosti na jedné straně a přiznání obtíží s vykonáním celé řady činností na straně druhé. Téměř polovina z nich tvrdila, že „zvládá vše“ a v paralelním kvantitativním měření dosáhla intenzita subjektivní soběstačnosti vysoké hodnoty⁸ (77).

Při sociálním šetření u příspěvku na péči hodnocení každého bodu sociální pracovník zároveň písemně komentuje. V rámci tohoto komentáře doplňujícího základní čtyřbodové hodnocení je nutné popsat případné rozdíly mezi tvrzeními osob účastnicími se rozhovoru a chováním osob v době sociálního šetření a současně pozorováním prostředí. Sociální pracovník shrne výsledek šetření v **celkovém komentáři**. Zde by měly být uvedeny celkové poznatky a další údaje důležité dle uvážení sociálního pracovníka pro dokreslení situace žadatele, ale svým významem přesahující jednotlivé posuzované úkony (27).

1.5.2 Srovnávací hodnocení ve zdravotnictví

Hodnocení a testování soběstačnosti, kterým odkrýváme disabilitu v běžných denních aktivitách a soběstačných úkonech a hodnotíme stupeň závislosti na cizí pomoci, je novinkou v sociální sféře, nikoli však v oblasti zdravotnictví. **Barthelův test všedních činností (ADL – Activities of daily living)** orientačně informuje o pravděpodobných nárocích na pomoc druhého člověka, kterou je nutno věnovat postižené osobě v každodenních činnostech (83). Jak uvádí Zahradnická (92), jde o jednoduchý index osobní nezávislosti, který je vhodný pro posuzování chronicky nemocných osob. Hodnoty určené pro každou položku vycházejí z hodnocení času a rozsahu stávající pomoci, kterou pacient potřebuje pro vykonání aktivity. Plnou hodnotu pro hodnocený výkon nemůže pacient dostat, jestliže potřebuje i zcela nepatrnou pomoc či dohled. To znamená, že bez přítomnosti další osoby v místnosti nemůže bezpečně provádět některé úkony. Pacient, který dosáhl 100 bodů, je kontinentní, sám se nají, obléká, je schopen chůze v délce bloku domů a může jít do schodů a ze schodů. To však ještě neznamená, že může žít zcela sám. Není schopen si vařit, uklízet byt a udržovat kontakt s veřejností. Může však být sám, aniž by musel být někdo trvale přítomen při základní sebeobsluze. Barthelův index je

⁸ Subjektivní soběstačnost byla měřena na základě souhlasu s výrokem „Jsem naprosto soběstačný/á – zvládám všechny činnosti každodenního života“ a to pomocí pětistupňové škály (77).

jednoduchý, snadno dostupný a univerzálně použitelný. Jeho vyhodnocení je nezbytné z důvodu propuštění nemocného do domácího ošetřování při posouzení nutnosti zajištění terénních sociálních služeb nebo při překlady do jiného zdravotnického nebo sociálního zařízení. Test základních všedních činností podle Barthelové je přílohou 3 práce (92).

Samostatné žití klienta vyžaduje schopnost zvládat řadu instrumentálních všedních činností. Jedná se o aktivity denního života jako je schopnost připravit jídlo, obstarat nákup, provádět jednodušší domácí práce jako vaření, úklid domácnosti, ale i telefonování, cestování dopravním prostředkem, užívání léků, spravování vlastních financí apod. Jejich posuzování pomáhá vyhodnotit druh a rozsah potřebné pomoci, která zajistí osobě nezávislý nebo částečně závislý život v přirozeném prostředí. Testování lze orientačně provést tzv. Testem instrumentálních všedních činností viz příloha 4 (83, 20).

1.5.3 Specifika hodnocení u osob mladších 18 let

U osoby do 18 let věku se při posuzování potřeby pomoci a dohledu pro účely stanovení stupně závislosti porovnává rozsah, intenzita a náročnost pomoci a dohledu, kterou je třeba věnovat posuzované osobě, s pomocí a dohledem, který je poskytován zdravé fyzické osobě téhož věku. Při stanovení stupně závislosti u osoby do 18 let věku se nepřihlíží k pomoci a dohledu při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti, které vyplývají z věku osoby a tomu odpovídajícímu stupni biopsychosociálního vývoje (95).

Tyto osoby nejsou schopny bez pomoci nebo dohledu zvládat některé úkony z důvodu nízkého věku a tomu odpovídajícímu stavu vývoje tělesných, smyslových a duševních funkcí a praktických dovedností, nutných pro péči o vlastní osobu a soběstačnost (88), tzn. že v případě dětí se některé úkony nehodnotí, a to podle věku dítěte. Důvodem je fakt, že některé úkony děti v určitém věku nemohou zvládnout. Nelze například hodnotit schopnost samostatné chůze po schodech v jednom roce dítěte nebo schopnost nakládat s penězi apod. (27).

Novelizací zákona o sociálních službách od 01.08.2009 a novelizací vyhlášky č.505/2006 Sb., od 01.06.2010 dochází ke zmírnění podmínek pro vznik nároku na příspěvek na péči pro děti do 18 let tak, aby na něj dosáhly především děti chronicky nemocné (např. diabetes, fenylketonurie, celiakie, nádorová onemocnění apod.). Od 01.08.2009 byl snížen počet úkonů, které zakládají nárok na přiznání příspěvku na péči u dětí do 18 let u prvního stupně závislosti z 6 na 5 úkonů.

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR předpokládá, že zhruba 4 000 dětí do 18 let nově vznikne nárok na příspěvek na péči v prvním stupni, což obnáší 140 milionů Kč

ročně nového mandatorního dopadu a maximálně 1 000 dětí do 18 let může být posouzeno nově tak, že jim vznikne nárok na výplatu příspěvku na péči nikoliv v prvním stupni jako doposud, ale ve stupni druhém, což představuje asi 24 milionů Kč ročně nového mandatorního dopadu (46).

S účinností od 01.08.2009 se osoba do 18 let věku se považuje za neschopnou zvládat úkony uvedené v § 9 odst. 1 písm. a), q) a r), jestliže z důvodu zdravotního postižení potřebuje při těchto úkonech mimořádnou pomoc, a to i v případech, kdy se u těchto úkonů nepřihlíží k pomoci a dohledu z důvodu věku osoby a tomu odpovídajícímu stupni biopsychosociálního vývoje. Mimořádnou pomocí se rozumí pomoc, která rozsahem, intenzitou nebo náročností podstatně přesahuje pomoc poskytovanou osobě téhož věku (95).

Další neopominutelnou funkcí sociálního šetření je vlastní sociální práce, která vychází z poradenského paradigma a působí na člověka motivačně a aktivizačně. Součástí takových metod je, kromě navázání vztahu, zahájení procesu řešení nepříznivé sociální situace, sledování a případné nové definování a naplánování kroků, které k řešení situace vedou, respektive umožní naplnění definovaných potřeb. K dosažení kýženého stavu je vždy potřebné zhodnotit a naplánovat využití sociálních či zdravotních služeb (např. home care), které pomáhají a podporují člověka k dosažení nezávislosti či k vyrovnání příležitostí, které má jeho vrstevník, který se v nepříznivé sociální situaci nenachází (41).

Vzhledem ke specifické náročnosti sociálního šetření pro účely příspěvku na péči by jej měl dle zákona o sociálních službách provádět pouze **sociální pracovník**, který splňuje kvalifikační požadavky pro výkon této profese ve smyslu § 110 zákona o sociálních službách (95).

1.6 Profese sociálního pracovníka

Zákon o sociálních službách nově vymezuje vlastní definici a náplň **profese sociálního pracovníka (36)**. Většina povolání určitým způsobem slouží blahu a prospěchu lidí. Činnost lékařů, duchovních, učitelů, psychoterapeutů a sociálních pracovníků však zahrnuje speciální přímé výkony pomoci určené především lidem nešťastným, nemocným nebo těm, kteří ztratili orientaci (10). Vzájemná solidarita a pomoc doprovází lidskou společnost od jejího počátku. Na konci 19. a počátkem 20. století se v rámci sociálních aktivit zformovala sociální práce jako samostatná praktická činnost i společenskovední disciplína, která reagovala na problémy vývoje moderní společnosti (5).

1.6.1 Význam pomáhající profese

Sociální práce se jako odborná a vědecká disciplína vyvíjela a vyvíjí v těsné souvislosti s ostatními humanitními vědami. Teoretické poznatky sociálních pracovníků v sobě integrují dílčí přístupy jiných odborníků (psychologů, sociologů, právníků a pedagogů) a odráží se v jejich aplikaci do praxe s použitím metod sociální práce **(101)**.

Specifikum sociální práce je v jejím komplexním přístupu ke klientům a problémům, které chápe v celém sociálním kontextu **(101)**. Přispívá tak k identifikaci, vysvětlování, zmírňování a řešení konkrétních sociálních problémů a jejich důsledků: chudoby, nezaměstnanosti, zanedbání výchovy dětí, delikvence mládeže, diskriminace jednotlivců a skupin a dalších jevů **(5)**.

Důležitou a rozsáhlou oblastí sociální práce je **práce s lidmi se zdravotním postižením**. Tělesné, smyslové (zrakové, sluchové, řečové) nebo mentální postižení, stejně jako dlouhodobé somatické nebo psychické onemocnění, znamenají vždy omezení důležitých oblastí života (pohybu, sebeobsluhy, komunikace, vzdělávání, zaměstnání, bydlení, partnerských vztahů). Sociální práce a sociální služby mají přispět k odstraňování nebo alespoň zmenšování bariér, které tito lidé musí překonávat. Bariér vnějších faktických (technických, organizačních) ale také, a možná především, bariér v myšlení a postojích lidí. Na straně lidí s postižením i na straně lidí většinové společnosti. Cílem je maximální integrace, inkluze zdravotně znevýhodněných a vytvoření podmínek pro jejich plnohodnotný život **(5)**.

Znevýhodněnou sociální skupinou jsou také **senioři**, kterých ve společnosti v důsledku prodloužení lidského věku přibývá. I když samotný fyzický věk neznamená automaticky vznik sociálních problémů, dochází k poklesu funkčních schopností a soběstačnosti často doprovázených psychickými obtížemi **(5)**.

Sociální pracovníci se podílejí nebo sami rozhodují o závažných změnách v životě lidí, a tato rozhodnutí mohou výrazně ovlivnit kvalitu života jednotlivců, rodin i skupin osob. Vzhledem k uvedenému je nezbytné zajištění vysokého stupně profesionality sociálního pracovníka **(36)**.

Sociální práce, podobně jako další pomáhající profese, je vázána jednak na určité hodnoty a vlastnosti, jednak na znalosti a dovednosti. Většinu z nich je možné a nutné si osvojit studiem, praxí a náležitým tréninkem **(5)**.

1.6.2 Vzdelávání sociálních pracovníků

Zákon o sociálních službách nově definuje **předpoklady k výkonu** tohoto povolání s cílem jejich sjednocení a nastolení takové odborné způsobilosti, která odpovídá náročnosti této profese. Je skutečností, že na rozdíl od srovnatelných oborů lidské činnosti (např. pedagogický pracovník – vzdělávání, úředník – veřejná správa) nebyly požadavky pro výkon a vzdělání sociálních pracovníků dosud v České republice odpovídajícím způsobem upraveny **(36)**.

Vzdělávání v sociální práci prošlo po roce 1989 převratným vývojem. Rozvíjí se především univerzitní vzdělávání sociálních pracovníků. Počátkem devadesátých let byl vypracován minimální standard pro vzdělávání v sociální práci, který uváděl, že absolvent studia musí mít takové teoretické znalosti z psychologie, sociologie, práva, sociální politiky, teorie a metod sociální práce, metodologie výzkumu a zároveň takové komunikační a psychosociálně-terapeutické dovednosti a organizační schopnosti, aby byl způsobilý k výkonu individuální nebo skupinové práce s klientem, aby ve svém regionu dokázal provádět komunitní sociální práci, a aby se mohl věnovat výzkumné činnosti **(82)**.

Současný zákonem požadovaný rozsah odbornosti sociálního pracovníka lze proto získat pouze ve specializovaných oborech vzdělávání, které jsou uvedeny v zákoně. Dominantním oborem je studijní směr „sociální práce“. Ten se však systematicky rozvíjí teprve od počátku 90. let minulého století a kapacitní nabídka těchto oborů dle Michalíka doposud neodpovídá poptávce. Pracovníci, kteří v současnosti vykonávají sociální práci, nejsou vždy absolventy studijních oborů, které jsou přímo na sociální práci zaměřeny **(36)**.

Profesionalita sociálního pracovníka stojí na základech **celoživotního vzdělávání**. Zákon o sociálních službách předpokládá, že odbornost sociálních pracovníků nelze trvale odvozovat pouze od splnění kvalifikačních předpokladů studiem na vysoké nebo vyšší odborné škole. Zákon upravuje systém dalšího vzdělávání sociálních pracovníků, všem zaměstnavatelům byla stanovena povinnost zabezpečit sociálním pracovníkům další vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok. Jeho cílem má být zajištění trvalého zvyšování odbornosti a kompetencí sociálních pracovníků a následně tak zajistit růst efektivity jejich práce a celého systému sociálních služeb a sociální pomoci **(36)**.

Kvalifikovaný pracovník využívá své erudované znalosti získané patřičným studiem mj. v oblasti práva, sociální práce, sociální politiky, krizové intervence, psychologie, patopsychologie, pedagogiky a v neposlední řadě ovládá **specifika komunikace** s jednotlivými skupinami klientů, se kterými se setkává ve své praxi.

1.6.3 Komunikace v sociální práci

Komunikace je dle Janouška (In Výrost, Slaměník) specifickou formou spojení mezi lidmi, a to prostřednictvím předávání a přijímání významů. Obecným předpokladem komunikace je existence komunikačního vztahu mezi účastníky. Komunikace souvisí se společnou činností - kooperací, interakcí mezi lidmi a se společenskými vztahy (19).

Komunikace je předávání informací, pocitů, citů k druhým. Děje se cestou verbální (slovní) a neverbální (mimoslovní). Přestože se zdá, že světem vládnu slova, ať už vyslovená, či psaná, většinu informací přijímáme mimoslovně. Předpokladem příjemné a jasné komunikace je shoda verbálních a neverbálních sdělení. V podstatě to znamená, říkat věci pravdivě, s citem pro celkový projev člověka (85).

Verbální komunikace je zprostředkována jazykovým znakem a významem na něj vázaným. Probíhá nejméně po dvou základních významových liniích. Jednak je to tématická linie (vyjadřuje to, o čem se mluví), jednak je to interpretační linie (vyjadřuje význam a smysl, který tématu komunikace přikládají) (8). Při této komunikaci se užívá verbálních prostředků, tedy slovních výrazů a dalších odvozených znakových soustav, jako jsou jazyky vědecké a umělecké (19).

Neverbální komunikace využívá jako komunikačních prostředků funkce různých přirozených orgánů a těla jako celku (8). Při této komunikaci se používá mimoslovních prostředků, jako jsou pohledy, gesta, doteky, prostorové umístění, pohyby, výrazy tváře, neverbální aspekty řeči (19). Neverbální význam bývá názorný, smyslově vnímatelný (nikoli pojmový, abstraktní). Neverbální komunikace plní svou funkci často ve vazbě na komunikaci verbální - může ji zvýraznit, nahradit, odporovat jí, měnit její význam. Neverbální komunikační projevy člověka a jejich přijímání jsou značně vázány na kulturu (8).

1.6.4 Obecné zásady komunikace s osobou se zdravotním postižením

Při kontaktu sociálního pracovníka a klienta vzniká od počátku potřeba vymezení vzájemného prostoru pro komunikaci za účelem dosáhnout cíle nejrychlejším a nejefektivnějším způsobem (58). Komunikace může být komplikovaná vlivem prostředí (tzv. vnější bariéra) či vlivem klienta (tzv. vnitřní bariéra).

- **Vnější:** hluk, nedostatečné nebo naopak příliš ostré světlo, teplota, vibrace, přílišná vzdálenost komunikujících, neznámé prostředí, cizí jazyk aj.
- **Vnitřní:** změněné vnímání vlivem patologického procesu či vlivem léků, motivace klienta ke komunikaci, postoje, hodnoty, zájmy, úzkost, inteligence, sebepojetí,

dosavadní zkušenosti, přítomnost sluchových poruch, přítomnost zrakových poruch (krátkozrakost, dalekozrakost, dvojité vidění), přítomnost pohybových poruch (hemiparéza, kvadruparéza), přítomnost řečové vady (afázie, dysfázie), sociální izolace, životní styl, jazyk, kultura aj. **(54)**.

Pro výkon sociálního pracovníka je nezbytné znát základní zásady komunikace i dokázat komunikovat s jednotlivými specifickými skupinami klientů **(38)**. Dle Holeksové **(14)** mezi základní zásady patří:

- Do klienta se snažíme vcítit, hovoříme o tzv. empatii. Lépe pak pochopíme jeho chování.
- Pokud klientovi něco vysvětlujeme nebo po něm něco požadujeme, musíme se vyjadřovat jednoduše, nepoužívat odborná slova, kterým dotyčný nerozumí, mluvit stručně a zřetelně.
- Neklademe více otázek najednou.
- S klientem se snažíme navázat vztah plný důvěry a porozumění. Těžko se domluvíme s člověkem, který nám nevěří.
- Pozorně nasloucháme, co klient říká, při aktivním naslouchání se osobě díváme zpřímá do očí.
- Nad klientem nestojíme, sedneme si k němu, nekřížíme ruce na prsou, nezatínáme pěsti. Celkově se chováme uvolněně a otevřeně **(14)**.

1.6.5 Specifika komunikace s jednotlivými skupinami osob

Každý člověk má určitý styl komunikace. Vrozené tempo řeči, často používaná slova **(85)**. Rozhovor vytváří most, po němž k sobě putují někdy zcela rozdílné světy. Důležité je, aby se komunikující lidé vzájemně pochopili, přijali, podepřeli, vzájemně si poskytli zpětnou vazbu, inspiraci. Dialog není prolínáním monologů **(58)**. Je známkou profesionality naučit se znát a používat slova a termíny, které náš klient přijímá a rozumí jim. Komunikace s každou skupinou klientů má svá specifika **(85)**.

➤ Komunikace se seniory

Při práci se seniory se setkáváme s jiným kulturním a historickým kontextem. Je nutné pamatovat na fakt, že většina seniorů je věřících. Mnoho z nich zažilo vykání rodičům. Nebylo běžné používání vulgarizmů. Z druhé strany nás může zaskočit situace, kdy člověk v úctyhodném stáří používá nadávky, překračuje společenské hranice. Ne vždy je to vlivem onemocnění **(85)**. Při komunikaci se seniory vždy:

- Respektujeme identitu jedince a důsledně jej oslovujeme jménem nebo odpovídajícím titulem. Nevyžádaná familiární oslovení „babi“, „dědo“ jsou ponižující
- Důsledně se vyhýbáme infantilizaci seniora. Ani s nemocnými se syndromem demence nehovoříme jako s dětmi, a to ani formou, ani obsahem (57).
- Na seniora mluvíme pomaleji, více nahlas, srozumitelně. Jsme trpěliví, když něčemu nerozumí, zopakujeme mu to nebo vysvětlíme. Nešeptáme, mluvíme v krátkých větách, necháme mu dostatek prostoru pro jeho vyjádření (14). Respektujeme princip zpomalení a chráníme seniory před časovým stresem, počítáme se zpomalením psychomotorického tempa a se zhoršenou pohyblivostí (57).
- Nestojíme (nesedíme) ani blízko, ani daleko, vždy jsme otočeni čelem k nemocnému, usmíváme se, dlaně i paže máme vstřícné, nedáváme si ruce v bok, nekřížíme na prsou, přehnaně jimi negestikulujeme. Musíme umět pohládit vzít za ruku, dotknout se, stále udržujeme zrakový kontakt (14).

➤ **Komunikace s klientem s postižením pohybového aparátu**

Tělesné postižení přináší nedostatečnost pohybových kompetencí, které ovlivňují možnost pečovat o sebe a s tím související míru soběstačnosti (38).

- Komunikujeme zásadně s klientem s pohybovým postižením nikoliv s jeho případným průvodcem (57).
- Komunikaci uzpůsobíme stavu klienta, osoba s postižením vrozeným svůj stav většinou víceméně akceptuje, klient, který řeší svůj zdravotní stav aktuálně je plný obav a úzkostí spojených se ztrátou nezávislosti (38).
- Dbáme, aby klient s pohybovým postižením měl ve svém dosahu nezbytné kompenzační pomůcky. Tím zvyšujeme jeho jistotu (57).

➤ **Komunikace s klientem se zrakovým postižením**

Zrakově postižení lidé mají ztíženou samostatnou pohybovou orientaci v neznámém prostředí a omezený příp. nulový přísun vizuálních informací (38).

- K nevidomým nepřistupujeme jako k mentálně postiženým, komunikujeme zásadně s klientem se zrakovým postižením nikoliv s jeho případným průvodcem.
- Slovní komentář částečně nahrazuje postižené osobě zrak, důsledně popisujeme veškerou činnost (30).
- Chybějící zrakový kontakt dále nahradíme kontaktem tělesným, dotýkáme se však pouze se souhlasem osoby, na dotyk předem upozorníme (38).

➤ **Komunikace s klientem se sluchovým postižením**

Komunikace s osobami se sluchovým postižením se řídí stupněm jejich sluchové ztráty. Někteří neslyšící jsou schopni odezírat a naučit se mluvit. Ztrátu sluchu částečně kompenzují zrakem, proto je pro ně významná neverbální složka mezilidské komunikace **(30)**.

- Navážeme zrakový kontakt s postiženým, příp. lehkým dotykem na rameno či ruku jej upozorníme, že s ním chceme mluvit.
- V úvodu rozhovoru zjistíme, jaký typ komunikace postižený preferuje **(38)**.
- Nemluvíme za zády neslyšícího, postavíme se tak, aby nám viděl na rty, hovoříme v jednoduchých větách **(30)**.
- Při komunikaci s neslyšícím je žádoucí eliminovat všechny rušivé zvuky **(57)**.

Vlastní rozhovor v případové práci směřuje k formulaci potřeb klienta, k identifikaci toho, co je schopen a ochoten přijmout. Slouží k vytvoření vztahu, který napomáhá dobré spolupráci klienta a pracovníka a vede k potřebné změně **(58)**. Osoby se zdravotními postiženími a senioři se často pohybují a jednají v doprovodu svého průvodce, což bývá rodinný příslušník, přítel, či asistent. Tyto osoby bývají klientům fyzickou, psychickou a příp. i komunikační oporou, partnerem sociálnímu pracovníku a to nejen v dialogu, je však vždy klient sám **(38)**.

1.6.6 Syndrom vyhoření

To, proč se sociální pracovník rozhoduje pro své těžké a zodpovědné povolání, má nejrůznější psychologické příčiny a u každého je tomu jinak **(10)**. U každého sociálního pracovníka je ve hře směs velmi osobních motivů sahajících od náboženského světonázoru až po neuvědomovanou snahu léčit si vlastní psychická traumata. Dosáhnout pocitu uspokojení je však z uvedených důvodů obtížnější než v jiných profesích **(3)**.

Čevela **(3)** zdůrazňuje, že při respektování etických zásad při výkonu práce s vysokou profesionální poctivostí současně se zvyšujícím objemem práce, což je dáno aplikací zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, jsou „pomáhající profese“ tedy jak sociální pracovníci, ale i posudkoví lékaři velice ohroženi stresem a z toho vyplývajícím syndromem vyhoření **(3)**.

Profesionální výkon pracovníka se mění pod vlivem různých typů stresů. Někdy je pojem pracovní vyhoření směřován či propojován s termínem stres. Stres a vyhoření však není totéž a není mezi nimi ani fatální příčinná vazba. Stres totiž může, avšak nemusí,

dovést jedince až k vyhoření **(31)**. Obecný stres je užitečný, motivuje k činnosti a zvyšuje výkon **(90)**. Přiměřená zátěž vede k rozvoji, na rozdíl od nepřiměřené zátěže, která vyvolává zvýšenou fyziologickou odpověď a mnohdy bývá rizikovým faktorem pro vznik řady onemocnění **(21)**. Pokud se zátěž hromadí, dochází časem k postupnému poklesu výkonu. V případě extrémní, nadlimitní zátěže, například v situacích mimořádných událostí, dochází v čase k oscilování výkonu, kdy se výborné výkony střídají s výrazným poklesem výkonu **(90)**.

Dle Junkové (In Komárková, Slaměník, Výrost) stres vzniká tehdy, působí-li na člověka nadměrně silný vnější či vnitřní podnět (stresor) dlouhou dobu nebo ocitne-li se člověk v nesnesitelné situaci, jíž se nemůže vyhnout a jež vnímá jako ohrožení svého tělesného a duševního blaha. Mezilidské vztahy jsou velmi často vnímány jako primární zdroj stresu. Zátěž vyplývá ze vztahu mezi požadavky a nároky, které klade život, okolí (event. jedinec sám na sebe) a možnostmi (přípravěností), jak je zvládat **(21)**.

Syndrom vyhoření⁹ nejčastěji vzniká dlouhodobým působením chronického stresu **(14)**. Syndrom vyhoření („burn-out syndrom“) je obtížně vyléčitelné onemocnění, které je uvedeno v mezinárodní klasifikaci nemocí. Vyskytuje se u povolání, která pracují s lidmi, a bývá charakterizován jako totální emocionální vyčerpání, které je reakcí na práci v rovině psychické, tělesné i sociální **(90)**.

Syndrom vyhoření patří téměř nevyhnutelně ke všem pomáhajícím profesím a prakticky každý pracovník má po určité době některé jeho projevy. Více než v jiných profesích je sociální pracovník angažován ve své pracovní činnosti svou osobností **(3)**.

Proces vyhoření má pozvolný, plíživý průběh a může probíhat bez náležitého povšimnutí. U člověka zásadně klesá jeho schopnost adaptovat se a učit se novým věcem. Pracovníci jsou velmi často vystaveni těžkým tématům, denně se setkávají se smrtí, ohrožením, osamělostí, bezmocí, ztrátami. S tím souvisí skutečnost, že jsou v kontaktu se silnými emocemi klientů **(31)**. Syndrom se projevuje se nechutí k práci, rychlou únavností, úzkostí, nízkým sebevědomím, pocitem bezmocnosti, bezcennosti, pocitem neustálého napětí, smutkem, člověk je bez nálady, nešťastný, zklamaný, plný obav, bez nápadů,

⁹ Termín vyhoření (burnout) byl podle B.A.Potterové původně používán slangově pro označení narkomana, který se ocitl na samém dně. Na přelomu 70. a 80. let minulého století přešel ve Spojených státech do užívání v pracovní oblasti a stal se vyjádřením rezignace, latergie a vyčerpání v zaměstnání **(31)**.

iniciativy. K druhým lidem je lhostejný, nezajímá se o jejich problémy, není schopen s do druhých vcítit **(14)**.

Na úrovni fyzické dominuje celková únava organismu, rychlá unavitelnost, bolesti hlavy, poruchy spánku a na úrovni sociálních vztahů je výrazná tendence omezit kontakt s klienty, kolegy a všemi lidmi majícími vztah k profesi. Dále zjevná nechť k vykonávané profesi a všemu, co s ní souvisí, a nízká empatie, tzv. sociální apatie. Typické jsou časté pracovní neschopnosti nebo žádosti o neplacené volno. Ke vzniku syndromu vyhoření přispívají i podmínky na pracovišti, kde není věnována dostatečná pozornost potřebám personálu, neexistuje plán osobního rozvoje a chybí supervize **(3)**.

Schmidbauer definuje tzv. „kompenzované vyhoření“, označuje je jako stav, kdy pracovníci skrývají, že své povolání vnitřně vzdali. Pracují podle předpisů, snaží se, aby jejich nedostatečná angažovanost nebyla nápadná. Nechť a defenzivní postoj však působí i na ostatní členy kolektivu a ti rovněž pozvolna ztrácejí zájem o práci **(73)**.

Pro **prevenci syndromu vyhoření** je důležité zahrnout své zdraví a kondici mezi nejdůležitější životní hodnoty, analyzovat a aktivně měnit svou situaci (okolnosti, potřeby, cíle, schopnosti, stereotypy, nerealistické představy a očekávání), pěstovat dobré mezilidské vztahy (v práci i doma), neustále se vzdělávat, dbát o svůj osobnostní rozvoj a duševní hygienu¹⁰ **(8)**. Každý má nárok na podporu v náročných situacích, Lucká, Koberle (In Vodáčková) doporučují učit se tuto potřebu vyjadřovat a zkoumat, co koho podporuje a co nikoliv. Autoři považují za důležité hledat obohacující výcviky a semináře, sdílet nové poznatky, hledat nejpříjemnější formy péče o své tělo, doporučují plavání, relaxační techniky, jógu, běh, masáže, dbát na přiměřený odpočinek **(31)**.

Čevela zdůrazňuje potřebu dobré spolupráce mezi sociálními pracovníky a posudkovými lékaři, jako odrazový můstek pro zahájení společného boje proti syndromu vyhoření, kterým jsou ohroženy obě profese, neboť pracují s klienty na základě obdobných etických pravidel a srovnatelného osobního nasazení. Doporučuje společná preventivní opatření pro předcházení stresu, který provází jejich každodenní práci. Navrhuje uspořádat společné semináře, workshopy, ale i konference, které se budou tímto problémem zabývat. Jako příklad uvádí XVIII. odbornou konferenci Společnosti sociálních pracovníků v Pardubicích, kterou je možné považovat za počátek konstruktivního dialogu mezi posudkovými lékaři a sociálními pracovníky **(3)**.

¹⁰ Gillernová, Komárková (In Komárková, Slaměník, Výrost) vymezují duševní hygienu jako systém pravidel a poznatků vedoucích k efektivnímu překonávání zátěží a k zdravému životnímu stylu **(8)**.

2. Cíle práce

Hlavní cíl práce:

Analýza vybraných ustanovení zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách, kterými se zabývá pracovník obecního úřadu obce s rozšířenou působností při výkonu pracovní činnosti.

Dílčí cíle:

1. Na základě provedené analýzy formulovat náměty a doporučení na změny uvedené právní normy.
2. Na základě provedené analýzy vypracovat metodický postup provádění sociálního šetření za účelem zjištění stupně závislosti u příspěvku na péči.

V práci je k zákonu o sociálních službách přistupováno **z pozice pracovníka obecního úřadu obce s rozšířenou působností**, zabývá se tudíž pouze těmi ustanoveními zákona, se kterými tito pracovníci ve své praxi aktivně pracují. Jedná se zejména o tyto oblasti:

- řízení o příspěvku na péči, vč. kontroly jeho využívání
- sociální šetření, systém stanovení stupně závislosti
- řízení ve věci stanovení úhrady za stravu a péči ve smyslu § 74 zákona o sociálních službách
- typologie sociálních služeb
- působnost obecního úřadu obce s rozšířenou působností při zajišťování sociálních služeb ve smyslu § 92 písm. a) zákona o sociálních službách
- kvalifikace sociálního pracovníka

3. Metodika

Tato rigorózní práce respektuje akademický styl psaní, jak jej definuje Punch (68) pro univerzitní práce. Tento styl spoléhá na logickou argumentaci, rozvíjení a propojování myšlenek, vnitřní konzistenci a koherenci. Jazyk akademických textů s výzkumným obsahem staví na formálnosti, nezaumatosti, přesnosti a jednoznačnosti. Naopak se vyhýbá slangu, žargonu, hovorovému jazyku, emocím (68).

3.1 Použité výzkumné metody

Sociální výzkumy se zabývají sociálními skutečnostmi, prvky, jevy, procesy a jejich vzájemnými vztahy. Předmětem těchto výzkumů jsou interakce jedinců a rozličných sociálních uskupení, jejich postoje, představy, činnosti a jejich vztahy k materiálním i nemateriálním produktům těchto činností, procesy socializace, vzdělávání, mobilita, sociální integrace, moc a mnohé další jevy. Předmětem zkoumání nemusí být pouze živé osoby, ale i jejich výtvořky, objekty, instituce, mechanismy fungování aj. (70). V metodologii sociálních věd existují dva základní přístupy: **kvalitativní a kvantitativní**. Pro splnění vytyčených cílů byly kombinovány oba uvedené přístupy.

3.1.1 Popis metodiky sběru dat

Pro uvedený výzkum byly ke sběru dat užity tyto techniky:

Zúčastněné pozorování. Disman (4) zdůrazňuje, že tento postup se neomezuje na pouhé pozorování, ale zahrnuje všechny techniky sběru kvalitativních informací, pokud jsou aplikovány v kontextu participace (4). Technika pozorování je základem empirického zkoumání a patří mezi tradiční techniky sběru informací. Pozorování znamená soustředěné, cílevědomé sledování se záměrem něco poznat, zjistit, vyzkoumat (1).

Tato technika byla uplatněna při plnění všech cílů. Práce staví především na osobních zkušenostech autorky se zkoumanou problematikou, které jsou pro tuto rigorózní práci stěžejním podkladem. Autorka působí více než deset let jako pracovník odboru sociálních věcí a zdravotnictví obecního úřadu obce s rozšířenou působností, konkrétně Městského úřadu Sokolov, a se zákonem o sociálních službách pracuje po celou dobu jeho platnosti, má osobní zkušenosti s prováděním sociálního šetření u příspěvku na péči.

Analýza dokumentů. Jedná se o klasickou metodu založenou na analýze již existujícího materiálu, výzkumník v procesu bádání již nevytváří nové zdrojové materiály pro analýzu, nýbrž pracuje s materiálem, který již existuje (49). Tato technika tedy umožňuje využití dat, která již byla někým shromážděna (4). Analýzu dokumentů

charakterizujeme jako intenzivní rozbor dokumentů, které ve své jedinečnosti co nejobsáhleji objasňujeme a interpretujeme (49).

Tato technika byla rovněž uplatněna pro plnění všech vytyčených cílů. Předmětem analýzy byla veškerá **spisová dokumentace Městského úřadu Sokolov** ve věci příspěvku na péči vytvořená od 01.01.2007 do 30.06.2010, která čítá tisíce spisů, dále statistické údaje, výkazy, tiskové zprávy, legislativní předpisy aj.

Ze spisové dokumentace Městského úřadu Sokolov byly vytvořeny čtyři případové studie (case studies). **Případová studie** zachycuje složitost případu a popisuje vztahy v jejich celistvosti. Osobní případové studie jsou podrobně zaměřeny na jednu osobu, pozornost je věnována minulosti, kontextovým faktorům a postojům, které předcházely určitou událost. Zkoumají se možné příčiny, determinanty, faktory, procesy a zkušenosti, které ovlivnily danou událost. Na konci studie je případ vřazen do širších souvislostí (13).

Rozhovor lze charakterizovat jako ucelenou soustavu ústního jednání mezi tazatelem a respondentem (12). Prostřednictvím otázek jsou zjišťovány skutečnosti vztahující se ke zkoumané společenské realitě. Jde o vzájemnou interakci, která probíhá mezi uvedenými partnery tváří v tvář (face to face). Prostřednictvím rozhovoru získáváme informace o postojích, názorech a mínění lidí (1).

Pro získání podkladů této rigorózní práce a splnění všech vytyčených cílů byly užity nestandardizované rozhovory se sociálními pracovníky, zejména Městského úřadu Sokolov.

Dotazník je souborem otázek, kterým získáváme empirické informace, založené na nepřímém dotazování se respondentů, s použitím předem formulovaných písemných otázek (1). Při analýze dat získaných dotazníkem byla uplatněna zejména popisná statistika.

3.1.2 Charakteristika souboru

Práce staví na osobních zkušenostech a zjištěních získaných aplikační praxí, tedy řešením konkrétních případů pracovníky sociálních odborů, kteří pracují se zákonem č.108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a to především autorky práce, pracovníků odboru sociálních věcí a zdravotnictví Městského úřadu Sokolov a pracovníků sociálních odborů obecních úřadů obcí s rozšířenou působností, kteří mají ve své kompetenci agendu příspěvku na péči.

Rozhovory byly vedeny s pěti pracovníky Městského úřadu Sokolov, kteří působí na pozici sociálních pracovníků a vykonávají agendu příspěvku na péči. Rozhovory byly

prováděny v rámci standardního pracovního procesu, především z pozice nadřízeného pracovníka, který schvaluje odeslání žádosti o posouzení stupně závislosti na okresní správu sociálního zabezpečení (po provedení sociálního šetření) a provádí kontrolu spisové dokumentace. Jedná se o **stovky nestandardizovaných**, volných rozhovorů k jednotlivým případům příspěvku na péči, vedení správního řízení, provedení sociálního šetření, metod sociální práce, komunikace s jednotlivými skupinami osob, mezilidských vztahů, poradenství, jednání s poskytovateli sociálních služeb, vzdělávání apod.

Práce dále vychází z opakovaných **setkání sociálních pracovníků** Karlovarského kraje, kteří se zabývají zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v rámci tzv. konzultačních dnů. Jedná se o pracovní porady, které organizuje Krajský úřad Karlovarského kraje jako nadřízený orgán obecních úřadů obcí s rozšířenou působností. Na těchto shledáních si pracovníci předávají poznatky z praxe, diskutují sporné případy, změny legislativy apod. Krajský úřad zajišťuje metodické vedení, na setkáních bývá často přítomen odborník Ministerstva práce a sociálních věcí ČR.

Pro dotvoření celkového obrazu a seznámení s poznatky, názory a zkušenostmi pracovníků sociálních odborů mimo Karlovarský kraj, byl vytvořen **dotazník**, který byl rozeslán sociálním odborům obecních úřadů obcí s rozšířenou působností celé České republiky. Celkem odpovídalo 120 respondentů z 53 obecních úřadů, zastoupeny byly rovnoměrně všechny kraje, pro zachování anonymity respondentů, nejsou vyjmenovány jednotlivé úřady, jejichž pracovníci dotazníky vyplnili.

Návratnost dotazníků je dle Reichela (70) „zásadní bolest“, kterou je nezbytné různými způsoby eliminovat. Literatura není jednotná, nicméně pesimistické pohledy se kloní k názoru, že při nepřipravených (nešetřených) akcích, lze očekávat návratnost pouze 5 - 20 % rozeslaných dotazníků (70).

Dotazníky byly rozesílány na jednotlivé obce elektronicky, na adresu vedoucích pracovníků se žádostí o předání zaměstnancům, kteří se zabývají agendou příspěvku na péči. Návratnost byla velmi malá, nelze ji však vyhodnotit procentuálně, neboť není zřejmé, zda vedoucí odborů předali dotazníky příslušným pracovníkům.

4. Výsledky

4.1 Případové studie

Na základě aplikační praxe Městského úřadu Sokolov byly zpracovány čtyři kazuistiky.

➤ Marek

Marek je tříletý chlapec, který žije ve společné domácnosti s rodiči, sourozence nemá. Dne 23.09.2009 se po předchozí telefonické domluvě na odbor sociálních věcí dostavil otec Marka, který uvedl, že syn bude od 01.11.2009 vyřazen z mateřské školy, protože dosud nemluví a nespolupracuje s personálem zařízení. Otec zmínil možnou sluchovou vadu, ale nedokázal jednoznačně určit, zda syn slyší či nikoli. Žádal informace o možném postupu, sociálních dávkách, službách.

Na základě poučení otec dítěte na místě požádal o přiznání příspěvku na péči a o přiznání mimořádných výhod. Byl informován o sociálních zařízeních v regionu, kde by mohli pomoci se zajištěním péče o Marka. Dále byl otec informován o systému státní sociální podpory, ze kterého lze rodičovský příspěvek poskytovat z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu do sedmi let věku dítěte.

Dne 24.09.2009 bylo provedeno sociální šetření za účelem zjištění stupně závislosti ve věci příspěvku na péči.

Úryvek souhrnné zprávy ze spisové dokumentace:

Marek je tříletý chlapec, který je velmi živý, neposedný, při sociálním šetření je dítě v neustálém pohybu, je přátelský, cizích lidí se nebojí. Dosud verbálně nekomunikuje, vydává zvuky, žvatlá, brouká. Dle sdělení otce, který byl přítomen sociálnímu šetření, jediné smysluplné slovo, které údajně dokáže vyslovit je "auto". Označuje tak konkrétní rodinný vůz, abstraktně tento termín k označení aut či hracích autíček však neužívá.

Při tříleté preventivní prohlídce byl praktickou lékařkou odeslán na vyšetření sluchu. Dítě bylo vyšetřeno v Nemocnici Sokolov a na foniatrii u MUDr. Ž. v Karlových Varech se závěrem, že reakce na zvuky je sporná. Pro vyloučení případné nedoslýchavosti je na 30.11.2009 nezletilý objednan na vyšetření v pražském Motole. Při sociálním šetření chlapec přináší dětskou kytaru, naznačuje, že chce zahrát, dále fouká do bonbónu, který píská, Marek se vydávanému zvuku hlasitě směje.

Dále dle sdělení otce byl Marek čtvrtý den po narození převezen do pražského Motola, kde mu byla provedena operace střev (zkrácení o cca 30 cm). Dítě dosud nezvládá regulaci stolice, celodenně nosí pleny. Dochází k mimovolnému úniku stolice, např. když se chlapec

sehne. Chlapec naznačuje neverbálně potřebu na WC, ukazuje si na plenu, přesto však včas většinou na WC nestíhá, což se stalo i při soc. šetření.

Z mateřské školy je dítě vyřazeno, neboť se personál domnívá, že dítě je zcela neslyšící. Chlapec ve školce nereaguje na pokyny, neoblékne se, neumyje, verbálně vůbec nekomunikuje a je celodenně na plenách. Dítě je navíc oproti vrstevníkům živější, dle sdělení otce se mu však ve školce líbí, má rád dětský kolektiv. Rodiče řeší nutnost zajištění péče o dítě, oba jsou zaměstnáni.

Doma je za dohledu a pomoci rodičů schopen se převléknout, umýt. Při sociálním šetření měl po návratu z WC snahu složit si tepláky do skříňky. Následně si je na pokyn otce oblékl, sám si přinesl mikinu a chtěl po sociální pracovníci pomoci s jejím obléknutím, sám nedokázal vložit ruce do rukávů...

Při sociálním šetření bylo zjištěno, že chlapec nezvládá, příp. zvládá s pomocí nebo dohledem tyto úkony:

Úkony péče o vlastní osobu:

- d) mytí těla** - zvládá s dohledem (v MŠ nereaguje na pokyn učitelky, bez dohledu se neumyje)
- g) výkon fyziologické potřeby včetně hygieny** - nezvládá (dítě je celodenně na plenách, nezvládá hygienu)
- o) oblékání, svlékání, obouvání, zouvání** - zvládá s pomocí (v MŠ nereaguje na pokyn učitelky, bez pomoci se neobléká)
- p) orientace v přirozeném prostředí** - zvládá s pomocí (rozlišování zvuků a jejich směrů - dle závěru lékaře reakce na zvuky sporná, objednan na vyšetření v pražském Motole)

Úkony soběstačnosti:

- a) komunikace slovní, písemná, neverbální** – nezvládá (verbálně nekomunikuje, pochopení významu a obsahu přijímaných zpráv a informací sporné – řešena případná nedoslýchavost dítěte)
- b) orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí** – zvládá s pomocí (rozlišování zvuku mimo přirozené prostředí - reakce na zvuky sporná, objednan na vyšetření v pražském Motole)
- f) zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku** - nezvládá (verbálně nekomunikuje, MŠ jej k 01.11.2009 vyřadila, neboť nereaguje na pokyny personálu).

Dne 02.12.2009 se na odbor sociálních věcí opětovně dostavuje otec Marka, s tím, že již absolvovali specializovaného vyšetření sluchu. Dokládá závěr vyšetření, dle kterého je dítě

těžce nedoslýchavé, slyší údajně pouze vysoké tóny. Otec stále vyjadřuje pochybnosti, nemůže se smířit s tím, že v rámci rodiny nedokázali sami poznat, jak těžkou vadou syn trpí.

Dne 13.01.2010 odbor obdržel výsledek posouzení stupně závislosti z OSSZ. Posudkový lékař s v hodnocených úkonech zcela shoduje se závěrem sociálního pracovníka. Dne 20.01.2010 je vydáno rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči ve výši 3.000 Kč s datem přiznání ode dne podání žádosti.

Následně se na odbor opětovně dostavuje otec dítěte. Obdržel i rozhodnutí o přiznání třetího stupně mimořádných výhod. Bylo mu doporučeno požádat o přiznání příspěvku na provoz motorového vozidla.

Otec zároveň sdělil, že u Marka nastala velká změna. Má již sluchadla, celkově se zklidnil, ubývá nekontrolovatelných pokřiků, reaguje více na pokyny a sám každé ráno žádá rodiče posunky o nasazení sluchadel. Otec dítěte poděkoval za vyřízení žádosti, byl spokojen s výší přiznaného příspěvku i příspěvku na provoz motorového vozidla. Vyjádřil lítost nad délkou posuzovacího procesu a to nejen u příspěvku na péči a mimořádných výhod (4 měsíce od podání žádosti), avšak spíše nad systémem zajištění zdravotnické péče dítěti - od doporučení praktické lékařky, přes tři vyšetření na ORL, k nasazení sluchadel - 7 měsíců.

K zajištění péče o dítě Markův otec uvedl, že nadále oba s manželkou chodí do zaměstnání. Marek navštěvuje běžnou mateřskou školu ve vesnici 3 km vzdálené od města, kde rodina bydlí. Vesnická školka se potýká s nedostatkem dětí a mohou se proto Markovi dostatečně věnovat. Dítě je v novém zařízení spokojené.

K dopravě dítěte do mateřské školy slouží příspěvek na provoz motorového vozidla. Rodičům nevznikají žádné další náklady spojené se zdravotním postižením dítěte. Příspěvek na péči není využit na zajištění potřebné pomoci, dítě navštěvuje standardní školské zařízení, s úhradou pobytu nevznikají žádné další náklady. Příspěvek bude spotřebováván v rodině jako další příjem.

V rámci řízení se prokázala vhodnost práce jediného sociálního pracovníka s rodinou. Otec opakovaně docházel na odbor, spolupracoval, otevřeně hovořil o svých pocitech, obavách, pochybnostech, názorech. V sociální pracovníci získal zjevnou důvěru.

➤ **Petr a Jana**

Pan Petr, 78 let, byl onkologický pacient, žil v Plzni ve společné domácnosti s manželkou. Manželka, která zajišťovala veškerou péči o p. Petra i domácnost, náhle

zemřela. Péči musela zajistit dcera, která však žije v Sokolově. Paní Jana je vdaná, zaměstnaná na plný úvazek, zařídila proto okamžité umístění p. Petra do nemocnice v Plzni.

Obrátila se na MěÚ Sokolov s žádostí o informace o možném dalším postupu. Umístění otce do nemocnice či jakéhokoliv jiného sociálního zařízení považovala za přechodnou záležitost. Pí Jana je původním vzděláním zdravotní sestra, sdělila, že zná skutečný zdravotní stav otce, a chce jej nechat dožít v domácím prostředí. Uvedla, že je zcela nesoběstačný, nechodící, 3 x týdně je dialyzován. Svoji domácnost připravila na otcův příchod, domluvila si péči praktického lékaře, onkologa a dovoz na dialýzu. Po získání informace, že veškeré sociální dávky jsou vázány na trvalý pobyt žadatele, jej přihlásila do svého bytu a podala za otce žádost o přiznání příspěvku na péči a přiznání mimořádných výhod.

Pí Jana dokázala zařídit potřebné záležitosti, smrt matky a kritický stav otce ji však velmi zasáhl. Otce přemístila do své domácnosti před vánoci, během svátků měla dovolenou a mohla otci zajistit potřebnou péči. Po novém roce začala opět chodit do zaměstnání, s otcem byl v domácnosti celodenně přítomen její manžel, který však je ve starobním důchodu a péče o nesoběstačného tchána pro něj byla velmi náročná. Po návratu ze zaměstnání přebírala péči o domácnost i otce pí Jana.

Na odbor SVZ se dostavovala opakovaně, přiznávala potřebu hovořit o svém případě, opakovaně se ujišťovala, že na ni sociální pracovnice má čas, zda neobtěžuje apod. Její psychický stav se stále zhoršoval. Uváděla, že péče o otce je velmi náročná, je inkontinentní, dezorientovaný, někdy hledá zemřelou manželku. V noci nespí, naopak budí ji i manžela, několikrát v noci jej musí umývat a převlékat, neudrží stolicí. Přesun nespolupracujícího otce do koupelny je značně náročný fyzicky i psychicky. Po měsíci domácí péče pí Jana uznává, že situaci nezvládá, je plačtivá, unavená. Zvažuje mezi umístěním otce do vhodného sociálního zařízení a možností požádat zaměstnavatele o neplacené volno. Vzhledem k infaustní prognóze otcova stavu nechce ukončit zaměstnání trvale. S umístěním otce do zařízení váhá, považuje za svoji povinnost se o něj postarat. Před koncem ledna však nedokáže skloubit péči o otce a zaměstnání, s výčitkami svědomí jej umísťuje do privátního zdravotnického zařízení.

Úryvek ze souhrnné zprávy sociálního šetření ještě v domácnosti dcery:

... žadatel uvádí velké bolesti zad v křížové části (nemůže dlouho ležet, má křeslo ve kterém je prakticky celý den a kde i spí), nezvládne sedět vzpřímeně, je spíše v polosedě s vypodloženými zády, neudrží stabilitu, přepadává vzad. Zeť sdělil, že během týdne se

zdravotní stav žadatele velmi zhoršil – výpadky paměti, kdy nepoznává svou rodinu, není orientován místem, časem, inkontinence (celý den na plenách – necítí svou potřebu), zapomíná slova – špatně se vyjadřuje. Žadatel je prakticky zcela odkázán na pomoc druhé osoby, potřebuje dohled nebo pomoc při chůzi (chůzi po schodech již nezvládne), při oblékání, osobní i celkové hygieně, odmítá jídlo, prakticky o nic nejeví zájem. Během šetření několikrát usnul a po minutě se opět snažil zapojit do rozhovoru...

Po umístění p. Petra do zdravotnického zařízení nastává náhlá změna v jeho chování. Nové prostředí jej zaujalo, dochází ke zlepšení jeho psychického a tím i fyzického stavu, má zájem o jídlo, komunikuje s ostatními pacienty i personálem. Projevuje se jeho původní povolání – důstojník v armádě, začíná organizovat život a chod v zařízení. Paní Jana se rovněž zklidňuje, přestává si vyčítat, že se o otce nepostarala sama. P. Petr po měsíčním pobytu v zařízení umírá.

Na doporučení pracovnice sociálního odboru pí Jana trvá na dokončení řízení o příspěvku na péči. Při sociálním šetření bylo zjištěno, že žadatel nezvládá, zvládá s pomocí nebo dohledem 30 úkonů péče soběstačnosti a péče o vlastní osobu, tedy třetí stupeň závislosti. Dle posouzení stupně závislosti posudkovým lékařem OSSZ bylo zjištěna závislost ve druhém stupni - 19 úkonů. Rozpor hodnocení je jednoznačně odvislý od aktuálního psychického stavu žadatele v době sociálního šetření. Na pí Janu přešel nárok na příspěvek na péči za měsíc, kdy pečovala o otce ve své domácnosti, byla jí vyplacena částka 4 000 Kč.

Tato kazuistika je příběhem dvou osob, žadatele o příspěvek i blízké osoby, která o něj pečuje. Paní Jana během opakovaných návštěv sociálního odboru získala důvěru v sociální pracovnici, která příspěvek jejího otce vyřizovala. Bylo velmi vhodné, že sociální šetření i administrativní práce vykonává jedna pracovnice a pí Jana mohla hovořit o otci s osobou, která otce viděla, znala z osobního jednání.

➤ **Marie**

Paní Marie poprvé požádala o přiznání příspěvku na péči v listopadu 2007. V té době žila ve společné domácnosti s neteří, která byla zaměstnaná a poskytovala pí Marii základní péči. Paní Marie ročník nar. 1945, je zcela orientovaná, žádost o příspěvek na péči podala na úřadě osobně. Při sociálním šetření bylo zjištěno, že žadatelka nezvládá, příp. zvládá s pomocí nebo dohledem 10 úkonů soběstačnosti a péče o vlastní osobu.

Úryvek ze zprávy sociálního pracovníka:

...zvládá samostatně chodit – chůze po bytě pomalejší, ven vychází s jednou francouzskou holí. Během dne žadatelka luští křížovky, čte nebo sleduje televizní programy, zvládá i lehčí práce v domácnosti, např. roztřídit špinavé prádlo, dát prádlo do pračky a vyprat, uvařit jednoduché teplé jídlo, vynést odpad apod. ...

Z výsledku posouzení úřadu práce vyplynulo, že u pí Marie nebyl zjištěn dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav přestože od roku 1992 pobírá plný invalidní důchod (dnes invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně), důchod byl přiznán v souvislosti s cévním onemocněním. Její žádost o přiznání příspěvku byla v lednu 2008 zamítnuta. Pí Marie podala odvolání proti rozhodnutí, odvolací orgán její žádosti nevyhověl a rozhodnutí prvoinstančního orgánu v dubnu 2008 potvrdil.

Druhou žádost o příspěvek na péči pí Marie podala v prosinci 2008. V té době již žila sama, neteř se ze společné domácnosti odstěhovala. Pí Marie si na donášku nákupů, odvoz k lékaři, mytí oken a velký úklid nasmlouvala pečovatelskou službu. Další pomoc jí poskytovala sousedka. Při sociálním šetření bylo zjištěno, že žadatelka nezvládá, příp. zvládá s pomocí nebo dohledem opět 10 úkonů soběstačnosti a péče o vlastní osobu.

Úryvek ze zprávy sociálního pracovníka:

...v 10/2008 hospitalizována v nemocnici na odd. neurologie. Žadatelka uvádí 2x týdně stavy ztuhnutí levé strany těla (od tváře přes ruku až do levé nohy) – tento stav byl i důvodem její hospitalizace v 10/2008. Uvádí částečnou necitlivost prstů levé ruky, jejich neprokrvování (v levé ruce nemá sílu). Žadatelka je orientovaná, komunikuje. V domácnosti se pohybuje bez hole tak, že opírá o stěny nebo nábytek. Chůze je pomalá, spíše šoupavá, napadá na levou nohu, levý kotník má stále oteklý. Změny polohy těla zvládá. Jak sama uvádí, cvičí denně chůzi po schodech za pomoci zábradlí, provádí též cvičení prstů levé ruky. Pokud není náledí vychází sama i na vycházky v nedalekém okolí bydliště. Stěžuje si na bolesti kyčelních kloubů, bolesti kříže...

Z výsledku posouzení úřadu práce tentokrát vyplynulo, že pí Marie je na péči jiné fyzické osoby závislá v deseti úkonech, výčet úkonů se mírně lišil s úkony sociálního pracovníka. Žádost o přiznání příspěvku na péči byla v únoru 2009 opět zamítnuta. Pí Marie podala odvolání proti rozhodnutí, odvolací orgán její žádosti nevyhověl a rozhodnutí v dubnu 2009 potvrdil.

Třetí žádost o přiznání příspěvku na péči podává v srpnu 2009. Nadále žije sama ve své domácnosti, péči zajišťuje sousedka a pečovatelská služba. Při sociálním šetření byla konstatována zvyšující se závislost na péči jiné fyzické osoby a to v 17 úkonech. Byl zjištěn především zhoršující se psychický stav žadatelky.

Úryvek ze zprávy sociálního pracovníka:

...v 8/2009 uvádí slabší CMP- klientka hůře mluví (při mluvení křiví pravý koutek úst), zhoršená pohyblivost levé horní a dolní končetiny. Udává, že od února 2009 zhubla 17 kg váhy. Klientka byla ze svého zdravotního stavu v době šetření až zoufalá, plakala a mluvila o smrti. Dochází do centra bolesti v nemocnici, uvádí silné bolesti páteře v oblasti kříže (výrůstky na páteři, poškození meziobratlové ploténky)...

Z výsledku posouzení stupně závislosti okresní správy sociálního zabezpečení vyplynulo, že posuzovaná osoba je na pomoci jiné fyzické osoby závislá ve 12 úkonech. Prvoinstanční orgán v prosinci 2009 rozhodl o nepřiznání příspěvku. Pí Marie podala opět odvolání proti rozhodnutí, odvolací orgán nevyhověl ani třetímu odvolání žadatelky.

Paní Marie je od první podané žádosti zjevně osobou závislou na péči jiné fyzické osoby, nikoli však v rozsahu prvního stupně závislosti. Ačkoli využívá služeb registrovaného poskytovatele, příspěvek na úhradu pečovatelské služby nezískala.

➤ **Honzík**

Zdravotní obtíže tehdy sedmiletého Honzíka začaly koncem roku 2005. V únoru 2006 byl poprvé hospitalizován v nemocnici, následně bylo po speciálních vyšetřeních zjištěno, že trpí akutní lymfoblastickou leukémií. Oba rodiče Honzíka byli zaměstnáni, matka zůstala s chlapcem doma, absolvovali intenzivní léčbu – chemoterapii, ozařování. Od konce roku 2006 začala matka dítěte pobírat příspěvek při péči o blízkou osobu. V lednu 2007 tak automaticky získala příspěvek na péči ve výši 9 000 Kč. Platnost posouzení zdravotního stavu byla stanovena do 31.08.2008, proto bylo v srpnu 2008 zahájeno správní řízení ve věci posouzení opětovného nároku na příspěvek na péči.

Při provedeném sociálním šetření byla zjištěna závislost na péči jiné fyzické osoby pouze v sedmi úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti.

Úryvek ze sociálního šetření:

...dle sdělení matky se zdravotní stav dítěte stabilizoval. V současné době jezdí na pravidelné kontroly do Motola – onkologie 1x za 2 měsíce, neurologie dříve 1x za 2 měsíce, nyní 1x půl roku, psychologie - 1x za 3 měsíce. Dle sdělení matky nesnášel Honzík léčbu příliš dobře, projevovala se u něj řada vedlejších účinků. V průběhu onemocnění a léčby byla zasažena také CNS - toto se v současné době projevuje těžkopádnějším vyjadřováním, špatnou jemnou motorikou. Během šetření Honzík ochotně odpovídal na otázky pracovnice, ale měl potíže se vyjádřit, hledal slova. Honzík se údajně rád zapojuje mezi děti, musí však opatrně, bývá mu líto, že nezvládne to, co jeho kamarádi...

Dle výsledku posouzení úřadu práce byl Honzík závislý na péči jiné fyzické osoby v 15 úkonech. Příspěvek na péči byl od 01.11.2008 snížen na 5 000 Kč, s platností posouzení zdravotního stavu do 30.06.2009

Po zahájení řízení z moci úřední bylo v červenci 2009 provedeno sociální šetření, při kterém bylo zjištěno, že Honzík je na pomoci jiné fyzické osoby závislý v sedmi úkonech. Při sociálním šetření byla patrná zjevná radost matky dítěte ze zlepšení zdravotního stavu Honzíka.

Úryvek ze sociálního šetření:

... dle matky je Honzík nyní ve stavu remise. Od září letošního roku bude mít ve škole asistenta, díky kolektivu, na který je zvyklý, bude chodit do 5. ročníku, i přesto, že je údajně na úrovni 1. ročníku. Nechte, nepíše. Sám nesmí chodit ven, vždy jen s doprovodem. Honzík čeká na termín lázní, kam ho bude matka doprovázet. Nadále je v péči odborných lékařů psychologa, očního lékaře, ORL, endokrinologa, radiologa a hematologa...

V září 2009 telefonicky kontaktovala matka dítěte odbor sociálních věcí a zdravotnictví s tím, že došlo k náhlému zhoršení zdravotního stavu. Uvedla, že je s Honzíkem hospitalizovaná v pražském Motole, žádala o zohlednění zvýšené závislosti na péči jiné osoby v řízení o přehodnocení příspěvku. Informaci telefonicky potvrdila lékařka pražského centra.

Obecní úřad informaci o zhoršení zdravotního stavu a s tím spojené závislosti na péči jiné fyzické osoby předal okresní správě sociálního zabezpečení. Posudkový lékař odmítl vydat dva posudky s tím, že žádost obecního úřadu není podložena sociálním šetřením. Sociální šetření nemohlo být provedeno z důvodu hospitalizace ve zdravotnickém zařízení. Matka dítěte nemohla podat žádost o zvýšení příspěvku, vzhledem ke skutečnosti, že řízení o přehodnocení nebylo skončeno.

V prosinci 2009 odbor obdržel výsledek posouzení okresní správy sociálního zabezpečení, které zohledňovalo Honzíkovu závislost k datu provedeného sociálního šetření v červenci 2009, dle výsledku posouzení byl závislý na péči jiné fyzické osoby v 8 úkonech. Obecní úřad přihlédl k výsledku posouzení okresní správy sociálního zabezpečení, především proto, že nemohl provést další sociální šetření a nemohl určit od kdy a v jakém rozsahu nastalo zhoršení zdravotního stavu a s tím spojená závislost na pomoci jiné fyzické osoby. Správní orgán tak rozhodl o snížení příspěvku na péči od 01.01.2010 na částku 3 000 Kč.

Matka dítěte ihned v lednu 2010 podává žádost o zvýšení příspěvku na péči. Uvádí, že na vánoce propustili z nemocnice Honzíka domů s tím, že prognóza je infaustní, jedná se o

agresivní léčebně neovlivnitelný nádor, proto již není indikována protinádorová léčba. Matka Honzika dále uvedla, že se budou nyní zdržovat u prarodičů, kteří žijí nedaleko Prahy, aby měli snadný dojezd do motolské nemocnice. Zdravotní stav se zhoršuje ze dne na den.

Úřad, který prováděl na dožádání sociální šetření zjistil, že Honzík nezvládá žádný z posuzovaných úkonů péče o vlastní osobu i soběstačnosti. Do zprávy uvedl:

...Vzhledem k progresi nemoci je chlapec ochrnutý na polovinu těla, ležící, velmi zesláblý, krměn matkou sondou v břiše, užívá opiáty. Honzík nemluví, slyší, vnímá, s matkou se dorozumívá slabým stiskem ruky ...

Dle výsledku posouzení úřadu práce jel Honzík závislý na péči jiné fyzické osoby ve 34 úkonech. Příspěvek na péči byl od 01.01.2010 zvýšen na 12 000 Kč, s trvalou platností posouzení zdravotního stavu.

4.2 Souhrn poznatků z aplikační praxe Městského úřadu Sokolov

Tato kapitola zahrnuje poznatky z aplikační praxe Městského úřadu Sokolov za období od 01.01.2007 do 30.06.2010, které byly využity v práci, a to záznamy ze spisové dokumentace, poznatky z nestandardizovaných rozhovorů s pracovníky, zkrácený popis jednotlivých případů řešených odborem, konkrétní zjištění apod. Městský úřad Sokolov v rozhodnutí ve věci přiznání příspěvku na péči vždy preferuje výsledek posudkového lékaře.

➤ Popis případu – na základě rozhovoru se sociálním pracovníkem

Žadatelka o příspěvek na péči, r. 1928, žije v domě s pečovatelskou službou. Žádost podává z podnětu pracovníků pečovatelské služby, přes své zdravotní obtíže se cítí se soběstačná.

Úryvek ze sociálního šetření:

...Pečovatelská služba provádí celkový úklid, praní a žehlení prádla, nákupy, doprovod k lékaři donášku léků a obědů. Paní N. se pohybuje bez kompenzačních pomůcek, špatně vidí (v roce 2009 prodělala operaci šedého zákalu na obou očích), říká, že vidí na vzdálenost 20 centimetrů nebo používá lupy, všechny předměty musí být na stejném místě. Venku se pohybuje vždy s doprovodem. Sama se obléká, provádí hygienu, zvládne si přeprat drobné prádlo, připraví si snídani, uvaří čaj i jednoduché teplé jídlo. Chodí v Domově do obchodu pro drobný nákup, ale nerozezná bankovky, věří prodavačce. Paní N.

je zcela orientovaná, uvádí, že si sama pomocí lupy a pohmatu zvládne připravit léky nebo případně přivolat telefonem pomoc...

Výsledek sociálního šetření: 12 úkonů – nezávislost.

Výsledek posudkového lékaře: 24 úkonů – II. stupeň závislosti.

➤ **Popis případu – na základě rozhovoru se sociálním pracovníkem**

Pan Z., r. 1955 získal příspěvek tzv. „překlopením bezmocnosti“. Řízení bylo zahájeno z důvodu konce platnosti lékařského posouzení. Při sociálním šetření se evidentně snažil prokázat svoji závislost na péči jiných fyzických osob. Opakovaně je vidán pracovníky odboru pohybovat se na veřejnosti bez doprovodu jiné osoby, sám nakupuje v obchodě apod.

Úryvek ze sociálního šetření:

... Pan Z. žije ve společné domácnosti s manželkou a se synem, oba jsou zaměstnáni na plný úvazek. Žadatel pobírá plný invalidní důchod. Trpí oční vadou, pro kterou nebyl povolán ani k výkonu vojenské služby. Dle sdělení žadatele se jedná o zúžení zorného pole. Uvádí, že nevidí dál jak na jeden metr, na oční kontroly nedochází. Pan Z. si dále stěžuje, že špatně slyší, ale sluchadlo nepoužívá. Orientaci mimo přirozené prostředí a zvládnání pouličního provozu mu ztěžuje (dle jeho sdělení) oční vada. Na úřady a do města jej musí doprovázet údajně syn. V době šetření se pohyboval před domem a v domě s jistotou, zcela bez problémů, které lze předpokládat u téměř nevidomé osoby, byť se jednalo o známé prostředí. Žadatel tvrdí, že během dne konzumuje pouze jídlo, které připravila manželka před odchodem do zaměstnání, pokud vše sní, nedokáže si ani vyndat pečivo popř. něco z lednice. Do příchodu manželky raději čeká o hladu. Dále uvádí, že manželka mu musí pomáhat i s koupáním, na dotaz jak mu konkrétně pomáhá odpovídá, „že mu myje záda“..... Uvádí, že nerozezná bankovky, že telefonuje pouze z pevné linky (protože tlačítka na mobilním telefonu nerozezná), po chvíli popřel veškeré telefonování. Při vyřizování žádosti o PnP přímo v kanceláři z mobilního telefonu volal synovi. V závěru šetření se žadatel podepsal s přesností na řádek. Posouzení jednotlivých úkonů bylo velmi problematické, sociální šetření není v tomto případě validní, sociální pracovník není schopen posoudit soběstačnost klienta, který uvádí, že nic nezvládne pro oční vadu.

Výsledek sociálního šetření: 8 úkonů – nezávislost.

Výsledek posudkového lékaře: 13 úkonů – I. stupeň závislosti.

➤ **Popis případu – na základě rozhovoru se sociálním pracovníkem**

Při popisu případu sociální pracovnice kladně hodnotí přítomnost pečující osoby. Přiznává, že v případě, že by nebyla přítomná a nepopírala tvrzení žadatelky, oprávněnou osobu by ohodnotila jako nezávislou na péči jiné fyzické osoby.

Úryvek ze sociálního šetření:

...Žadatelka komunikuje, vystupuje sebevědomě, tvrdí, že veškeré činnosti vykonává sama, vaří, uklízí, nepotřebuje žádnou pomoc. Po fyzické stránce je zcela soběstačná, zvládá i chůzi po schodech..... Veškerá její tvrzení neteř popírá, udává, že paní B. dochází na psychiatrii, nezvládá nic z popisovaných činností, údajně není schopna návratu do bytu. Neteř ji musela již několikrát hledat, protože paní zabloudila a nedokázala najít cestu domů... Pro rozpory v obou výpovědích, byla paní B. požádána o uvaření čaje, vstala od stolu, začala se dokola točit v kuchyni, přešlapovala na místě, bez pomoci nedokázala najít ani plynový sporák, nádobí, hledala i kohoutek s vodou. Postup vaření čaje neznala. Při odchodu nedokázala pracovnice doprovodit ke vchodovým dveřím, naznačovala směr do obývacího pokoje...

Výsledek sociálního šetření: 23 úkonů – II. stupeň závislosti.

Výsledek posudkového lékaře: 26 úkonů – III. stupeň závislosti.

➤ **Popis případu – na základě rozhovoru se sociálním pracovníkem**

Dle výpovědi sociální pracovnice žádost podala pečující osoba (dcera), která uváděla, že pí Z. je zcela zmatená, neschopna chápat realitu, zcela závislá na její péči. Ke stejnému závěru pracovnice dospěla při sociálním šetření.

Úryvek ze sociálního šetření:

...Paní se neudrží ve stoji, nemá stabilitu. Sama se na lůžku neposadí ani neudrží v sedě rovnováhu, pokud není opřena. Není orientovaná, plete si den a noc, Paní Z. je apatická, celý den leží a vzdychá, že chce umřít. Blízkou rodinu pozná. Nedokáže se obléci, je inkontinentní, musí se jí připomínat a podávat pití, pije brčkem nebo savičkou. Nají se sama u stolu, ale musí mít stravu ve formě kaše, tuhé jídlo nespolkne. Koupel provádí dcera na lůžku, podává matce léky. Venku nebyla již několik let...

Výsledek sociálního šetření: 35 úkonů – IV. stupeň závislosti.

Výsledek posudkového lékaře: nezjištěn dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav.

Po odvolání – posudek komise MPSV - II. stupeň závislosti.

Po sdělení výsledku odvolacího řízení ihned podána nová žádost, posudkový lékař vyhodnocuje 29 úkonů, III. stupeň závislosti.

➤ **Popis případu – na základě rozhovoru se sociálním pracovníkem**

Nezl. M. byl dle posouzení OSSZ uznán dítětem vyžadujícím mimořádnou péči ve smyslu vyhl. 284/95 Sb. Platnost posouzení byla do 30.06.2007, matka pobírala do 31.12.2006 příspěvek při péči o blízkou osobu, od 01.01.2007 příspěvek na péči ve III. stupni závislosti, tedy 9 000 Kč. Nezl. je astmatik, léčí se na kardiologii, nosí brýle, bývá často nemocný a opakovaně hospitalizován v nemocnici. Dle vyšetření pedagogicko psychologické poradny ze dne 04.05.2007 mu byl doporučen odklad školní docházky z důvodu percepční nevyzrálosti sluchového a zrakového vnímání a neuspokojivého sociálního zázemí. Nezl. ve smyslu vyhl. 505/2006 Sb., zvládal všechny úkony péče o vlastní osobu i úkony soběstačnosti na úrovni zdravých dětí svého věku, a to jak dle výsledku sociálního šetření, tak závěru, posudkového lékaře. Příspěvek na péči byl odejmut, rozhodnutí nebylo změněno ani v odvolacím řízení. Ztrátu stabilního měsíčního příjmu matka dítěte nedokázala akceptovat, je dlouhodobě nezaměstnaná, jediným příjmem rodiny byly stabilně pouze sociální dávky. Příspěvek na živobytí, který byl následně přiznán nedosahoval výše příspěvku na péči. Matka dítěte opakovaně atakovala pracovníky odboru sociálních věcí a zdravotnictví, kterým kladla za vinu odejmutí příspěvku, byla verbálně agresivní, vulgární, podala stížnost k voleným představitelům obce.

Potřeba mimořádné péče dle původní právní úpravy byla dítěti přiznána z důvodu opakované nemocnosti – opakované záněty horních cest dýchacích, angíny, virová onemocnění, astmatické projevy apod. Na základě těchto skutečností bylo dítě pediatrem opakovaně vyřazováno z účasti v kolektivu mateřské školy. Rodič dítěte s obdobnými zdravotními obtížemi zabezpečuje péči celodenně, i když nelze konstatovat závislost na péči jiné fyzické osoby ve smyslu § 7 zákona o sociálních službách.

➤ **Popis případu – na základě rozhovoru se sociálním pracovníkem**

Žadatelka, nar. 1968, stav po autonehodě, kde zahynul její manžel a dcera, další dcera vyvázla s lehkými zraněními. Při sociálním šetření zjištěna závislost ve IV. stupni, mnohočetné zlomeniny, ležící, při nehodě nebyla zraněna hlava – vědomí zcela zachováno, odmítá komunikovat z důvodu psychického stavu, péči zajišťuje sestra, která je zaměstnaná na plný pracovní úvazek. Sestra si vyjednala dlouhodobé neplacené volno, přestěhovala se do domácnosti žadatelky. Při posouzení stupně závislosti posudkovým lékařem nebyl zjištěn dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav. Proti rozhodnutí prvoinstančního orgánu podáno odvolání, rozhodnutí bylo potvrzeno. Při dalším jednání,

cca po 10 měsících po nehodě při rozhovoru se sociální pracovnící pečující osoba – sestra žadatelky, hodnotí průběh od nehody do současné doby. Přiznává, že zdravotní stav, zejména po fyzické stránce se podstatně zlepšil, zlomeniny většinou zhojeny, sestra rehabilituje, přetrvávají psychické obtíže. Po celou dobu se potýkají s výraznými finančními problémy, sestra pobírala nemocenská dávky a dávky státní sociální podpory, následně dávky důchodového pojištění, ona však byla 6 měsíců akutní péče zcela bez příjmu, nyní péči převzala babička, sama se vrátila do zaměstnání.

➤ **Popis případu – na základě rozhovoru se sociálním pracovníkem**

Žádost o příspěvek na péči v lednu 2007 podala pečující osoba, syn žadatelky. Udával, že si matku musel převézt do své domácnosti, je zcela závislá na jeho péči. Opakovaně na odboru urgoval provedení sociálního šetření. Při sociálním šetření byl vyhodnocen čtvrtý stupeň závislosti, žadatelka r. 1939 nekomunikovala, broukala si pro sebe, seděla podepřena polštáři na lůžku, kde se svažovala ke straně. Jednalo se o jedno z prvních sociálních šetření na odboru, pro pracovníce byl výsledek posudkového lékaře úřadu práce - první stupeň závislosti, překvapením. Po vydání rozhodnutí bylo na odbor podáno odvolání, které bylo psáno vlastní rukou žadatelky, kde uváděla mj. že je dosud aktivní překladatelkou ze třech cizích jazyků, popisovala své obtíže, mj. si stěžovala, že již nezvládá sedět na hraně vany při stříhání nehtů u nohou.

Rozhodnutí bylo odvolacím orgánem potvrzeno, následně byla dvakrát podána žádost o zvýšení příspěvku, která byla vždy zamítnuta.

➤ **Popis případu – na základě rozhovoru se sociálním pracovníkem**

Žadatel nar. 1935, zhoršující se soběstačnost, sociální šetření provedeno v domácnosti žadatele, následně jej rodina přemístila do domova pro seniory mimo region, spolu se změnou pobytu, žadatel změnil ošetřujícího lékaře, tyto skutečnosti odboru nebyly oznámeny. Při posuzování stupně závislosti posudkový lékař nezískal zprávu ošetřujícího lékaře, proto žádá obecní úřad o zjištění místa pobytu osoby a sdělení ošetřujícího lékaře. Tyto informace obecní úřad došetřuje a předává posudkovému lékaři, který opět zjišťuje, že ani další uvedený lékař již není ošetřujícím lékařem žadatele. Po opakovaném jednání se zařízením sociálních služeb bylo zjištěno, že žadatel na začátku pobytu upadl, zlomil si dolní končetinu, byl hospitalizován v nemocnici. Pro následné komplikace byl postupně přemístěn na dvě další oddělení. Domov pro seniory žádnou změnu obecnímu úřadu neohlásil, přestože je v jeho zájmu neprotahovat řízení o příspěvku na péči, opakovaně

udává, že není jeho povinností hlásit změnu pohybu mezi jednotlivými zdravotnickými zařízení, není jeho povinností hlásit, kdo je ošetřujícím lékařem žadatele...

➤ **Popis případu – na základě rozhovoru se sociálním pracovníkem**

Oprávněné osobě byl vyplácen příspěvek na péči, následně zemřela, její úmrtí nebylo odboru oznámeno. Příspěvek byl vyplácen na bankovní účet oprávněné osoby, po ukončení dědického řízení byl rodinou účet zrušen, tímto způsobem se správní orgán dozvěděl o úmrtí příjemce. Jako pečující osoby byly uvedeny dvě dcery příjemkyně příspěvku, tyto byl zároveň jedinými dědičkami, dědictví si dělily rovným dílem. Správní orgán nemůže ve správním řízení stanovit přeplatek na dávatelce jiné osobě, než, které byla dávka přiznána. Proto oslovil obě dědičky, s tím, že žádá o vrácení příspěvku na péči za období, kdy byla oprávněná osoba po smrti a tudíž jí nebyla poskytována péče. Jedna z dcer polovinu částky ihned poukázala zpět plátcovi dávky. Druhá vrácení příspěvku odmítla, částka byla vymáhána cestou soudního řízení, ve kterém obecní úřad obce s rozšířenou působností nebyl úspěšný, soud nárok zamítl.

➤ **Popis případu – na základě rozhovoru se sociálním pracovníkem**

Oprávněná osoba žila v domově pro seniory, příspěvek na péči byl vyplácen na bankovní účet zařízení. Z důvodu konce platnosti posouzení zdravotního stavu jí bylo zasláno oznámení o zahájení správního řízení ve věci zjištění dalšího nároku na příspěvek na péči. Písemnost se vrátila na odbor nepřevzatá s tím, že v zařízení tato osoba nepobývá. Šetřením bylo zjištěno, že oprávněná osoba byla před 14 měsíci hospitalizována ve zdravotnickém zařízení, kde následně zemřela. Případ se stal v době, kdy nebyly uzákoněny povinnosti zařízení sociálních služeb oznamovat úmrtí a pobyt ve zdravotnickém zařízení. Celkový přeplatek činí 112 000 Kč, zařízení vědomě přebíralo příspěvek na péči 14 měsíců za osobu, o kterou nepečovalo, a která byla po smrti. Z podnětu správního orgánu provedl v zařízení krajský úřad inspekci poskytování sociálních služeb, zařízení bylo následně uzavřeno. Částka je dosud vymáhána soudní cestou.

➤ **Popis případu – na základě rozhovoru se sociálním pracovníkem**

Příspěvek na péči byl oprávněné osobě zasílán složenkou prostřednictvím České pošty. Oprávněná osoba byla hospitalizována ve zdravotnickém zařízení, kde zemřela. Úmrtí odboru nikdo neoznámil, bylo zjištěno, když se poštovní poukázka vrátila plátcovi dávky

jako nevyzvednutá. Šetřením bylo následně zjištěno, že příspěvek na péči byl tři měsíce po smrti oprávněné osoby vyplácen jiné osobě, která měla k dispozici občanský průkaz příjemce příspěvku na péči. Správní orgán požádal o provedení reklamačního řízení, které Česká pošta uzavřela jako neoprávněné. Věc je v současné době nadále řešena s Českou poštou.

4.3 Výsledky dotazníkového šetření

Kapitola shrnuje poznatky dotazníkového šetření mezi pracovníky obecních úřadů obcí s rozšířenou působností, kteří se zabývají agendou příspěvku na péči.

1. Kvalifikační předpoklady

Agendu příspěvku na péči vykonávají pracovníci obecních úřadů obcí s rozšířenou působností. Kvalifikační předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka definuje § 110 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Otázka zjišťovala míru kvalifikovanosti pracovníků. Dotazník vyplnilo 120 respondentů, z toho 70 osob (58 %) splňuje kvalifikační požadavky dle zákona o sociálních službách a 50 pracovníků, tedy 42 % z celkového počtu dotázaných, tyto požadavky nesplňuje.

Tři z respondentů uvedli, že jsou pracovníčně zařazeni jako tzv. administrátoři (viz. otázka č.4), proto se na ně nevztahuje podmínka splnění kvalifikačních předpokladů dle § 110 zákona.

2. Stupeň dosaženého vzdělání

Předpokladem k výkonu povolání sociálního pracovníka je způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost dle zákona o sociálních službách.

Tab. 7: Vzdělání respondentů

vzdělání	počet	%
středoškolské	55	45,8
vyšší odborné	32	26,7
vysokoškolské	33	27,5

Zdroj: vlastní výzkum

Odborná způsobilost se odvíjí od dosaženého stupně vzdělání příp. délkou praxe a absolvováním akreditovaných kurzů. Otázkou byl zjištěn stupeň vzdělání jednotlivých respondentů.

3. Délka praxe

Délka praxe při činnostech vykonávaných na pozici sociálního pracovníka ovlivňuje míru zkušeností s danou problematikou, hodnoty, postoje. Jako nejkratší praxe při výkonu profese sociálního pracovníka byl uveden jeden měsíc, jako nejdelší 28 let. Průměrná doba působení na uvedené pozici byla 9 let. 33 respondentů uvedlo, že profesi vykonává od data účinnosti zákona o sociálních službách.

4. Druh vykonávaných činností

U některých obecních úřadů je agenda pracovníků vykonávající činnosti spojené s řízením o příspěvku na péči rozdělena mezi více pracovníků.

Tab. 8: Specifikace pracovních činností

činnosti u příspěvku na péči	počet	%
administrativní činnost	3	2,5
sociální šetření	2	1,7
administrativní činnost vč. sociálního šetření	115	95,8

Zdroj: vlastní výzkum

Administrativní pracovníci působí pouze v kanceláři (přijímají a vydávají žádosti, vedou spisovou dokumentaci, vydávají rozhodnutí), terénní pracovníci vykonávají sociální šetření a případně kontroly využívání příspěvku na péči. Zastoupení činností mezi respondenty udává tabulka 8.

5. Vnímání potřeby novelizace zákona

Otázkou byla zjišťována míra vnímání potřeby novelizace předmětné právní normy. 51 respondentů, tedy 42,5 % z dotázaných uvedlo, že necítí potřebu měnit stávající paragrafové znění zákona. Nicméně i tito respondenti poukazovali např. na potřebu změny způsobu kontroly využívání příspěvku na péči či se domnívali, že posudkoví lékaři nepřikládají odpovídající váhu výsledkům sociálního šetření.

Většina respondentů, konkrétně 69, tj. 57,5 %, odpovídalo na položenou otázku kladně.

6. Oblasti zákona o sociálních službách, kde respondenti vnímají potřebu změny

Sociální pracovníci velmi palčivě vnímají potřebu novelizace některých ustanovení zákona o sociálních službách. Nejčastěji uváděli nutnost změny § 9 a s tím související změny vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách (29 respondentů), dále § 14,11,16,18a.

Respondenti navrhuji změny u těchto paragrafů (jako př. uvedeny vybrané odpovědi):

§ 3 Vymezení některých pojmů

- *§ 3 písmeno c) týkající se dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, který by měl trvat déle než 1 rok, s touto formulací nesouhlasím, protože v častých případech se setkávám s lidmi, kteří jsou vážně nemocní krátkou chvílí, jsou plně odkázaný na pomoc a nemají nárok na příspěvek na péči, protože nepříznivý zdravotní stav netrvá déle než 1 rok*

§ 7 Podmínky nároku na příspěvek na péči

- *§7 Specifikovat přesněji využívání příspěvku, aby klienti věděli na co přesně je. Bohužel to, že mají příspěvek využívat na poskytovanou pomoc a péči vůbec neberou, PnP mají k vylepšení svého příjmu*
- *§7 podmínky nároku na příspěvek na péči: nárok má ten, který je dle posudku LPS OSSZ závislý na pomoci další fyzické osoby, podmínkou nároku by mělo být dle mého názoru i skutečné čerpání této pomoci! Máme mnoho lidí, kteří by sice dle posudku pomoc potřebovali, ale žádnou speciální pomoc nedostávají – na jejich příspěvku parazituje celá rozvětvená rodina, nebo si sám příjemce příspěvek syslí a odmítá si od peč. služby koupit i to, co by potřeboval. Také jsou na Oznámení o poskytovateli uvedeni rodinní příslušníci spíše formálně – podmínka poskytovatele je splněna, ale ve skutečnosti babičce 1x měsíčně dovezou nákup, což dle mého názoru normální mezigenerační výpomoc a žádný příspěvek si to nezaslouží.*
- *U dětí mladších 3 roků postrádá PnP smysl, neboť se odečítá od vypláceného rodičovského příspěvku. Matka tak pobírá RP 4600,- a PnP 3000,-*

§ 8 Podmínky nároku na příspěvek na péči

- *Zrušit §8 a*
- *§ 8 – naprosto nedostačující 4 stupně – žádoucí by bylo rozšířit o 2 stupně ve směru dolůpak úprava výše příspěvku*

§ 9 Podmínky nároku na příspěvek na péči

- § 9 U dětí změnit body hodnocení při šetření a upravit odpovědi u mužů, protože ty většinou nikdy nevařili, neprali, nežehlili a odpovědi jsou u nich zkreslené
- § 9 Rovněž velký problém jsou děti do tří let viz. popis v bodě č. 21. U dětí mladších tří let by měl být zvolen zcela jiný systém než posuzování stávajících bodů.
- § 9 – hodnocení úkonů, některé úkony jsou nesmyslné nedostatečně zpracované, duplicitní otázky atd.
- § 9 ano, jedná se o žadatele, kteří jsou v umístění v zařízeních, pobytových, kde nemohou být posuzováni jako ve své domácnosti. Jedná se o body – ve vyhl. Č. 505/2006 Sb., ve znění pozd.předpisů, v části II. Úkony soběstačnosti- jako vaření, mytí nádobí, běžný úklid, péče o prádlo, přepírání prádla, péče o lůžko, udržování pořádku a další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti, jako jsou obsluha topení, praní a žehlení prádla, tyto úkony žadatelé v zařízeních nevykonávají, jsou naprosto nevhodné, a při hodnocení to však musíme uvádět, jinak by žadatel byl poškozen,. Mělo by se rozlišovat, zda je žadatel posuzován ve své domácnosti, nebo v pobytovém zařízení.

§ 11 Výše příspěvku

- § 11 dle mého názoru PNP v I. stupni nemělo být vůbec, jelikož jsou to většinou lidé, kteří mají své neduhy v souvislosti s věkem, tyto nejvíce čerpají finance, a pak nezbyvá na TY „opravdu potřebné“,
- § 11 – začít na částce 500,- (mnohdy jediná částka , která jde do služeb , nejčastěji dovoz obědů), pokračovat částkou 1.000,-.....v souvislosti s tím úprava § 9
- §11 odst. 2, výše příspěvku v první a druhém stupni snížit to v prvním stupni na 800,- Kč a v druhém stupni na 1400,- Kč
- §11 odst. 2) písm. a) 2000,-Kč, částka je zbytečně vysoká, lidé s I. stupněm závislosti celou částku často ani nevyužijí, na toto navazuje § 18a) dle uvedeného odstavce 4) písm.b) pozbývá významu celý § 18a) neboť je možné předpokládat, že oprávněná osoba bude uvádět, že blízká osoba pečuje v plném rozsahu a příspěvek se bude vyplácet opět v plné výši 2000,-Kč.
- § 11 výše PnP v I. a II. stupni – snížení, pokud je pečující fyzická osoba – zvýšení podílu péče a odpovědnosti rodiny, naopak zohlednit, pokud je žadatel sám, nikoho nemá a potřebuje zaplatit cizí osobu nebo registrovaného poskytovatele (v tom vidím např. možnost větší pravomoci správního orgánu o volbě varianty výše příspěvku)
- Samotná novela 206/2009 Sb. Čl. II - přechodná ustanovení, bod 4 (viz zák. 108/2006) – výplata PnP formou poukázek, nic to neřeší, přibude spousta nové administrativy a

více práce, navrhovala bych spíše snížení částky za I. stupeň závislosti na 1.000,-Kč, neboť většinou lidé v tomto stupni více peněz za služby ani neutrácejí

§ 14, § 14 a Změna nároku na příspěvek a jeho výplatu

- *§ 14a, 1) měly by být zavedeny deniny, v případě hospitalizace nebo úmrtí by se měly vyplácet pouze dny, kdy o klienta bylo pečováno v domácím prostředí nebo v domovech.*
- *§ 14a – podmínka celého kalendářního měsíce při hospitalizaci, př. 1.1. je propuštěn domů, 2.1. zemře a výplata náleží rodině*
- *§ 14a - někdo může být hospitalizován třeba i 60 dní a k zastavení výplaty nedojde (viz ustanovení, že 1. a posledním dnem v měsíci není splněna podmínka celého kalendářního měsíce...) a někomu se výplata zastaví již při hospitalizaci v délce 31 dní.*
- *§14a – vyplácet pouze alikvotní část (je nelogické poskytovat stejnou výši PnP za celý měsíc, když je v daném měsíci poskytována např. jen pár dnů.*
- *§ 14 Zastavení výplaty příspěvku u konce platnosti posouzení, nevyplácet dokud nepřijde nové posouzení*

§ 16 Přejednost nároku na příspěvek a jeho výplatu

- *§16 - zrušila bych přechod nároků pnp*
- *§ 16 v kombinaci s 14a - stále umožňuje přechod na osoby, které žádnou péči neposkytovaly (za 1. kalendářní měsíc)*
- *§ 16 – přechod nároku – zavedla bych výpočet alikvotního dílu – někdy se jedná o období péče pár dnů a je vyplacena celá dávka, pečující pokud nemá příjem se musí stejně zaevidovat na úřadu práce a na důchod je zohledněna péče jen do dne úmrtí pečovaného*
- *§ 16 – v případě úmrtí oprávněné osoby by se měly splatné částky vyplácet pouze do dne úmrtí, tzn. měla by se vyplatit poměrná část příspěvku pouze za ty dny, kdy nástupnická osoba o oprávněnou osobu skutečně pečovala*

§ 18 Způsob výplaty příspěvku

- *§ 18 změna způsobu výplaty příspěvku ne až od následujícího měsíce, ale od ohlášení změny před nejbližším výplatním termínem*
- *§ 18 příspěvky v prvním a druhém stupni vyplácet pouze těm, kteří využívají poskytovatelů služeb, kterým musí službu hradit. Jinak podle zákona o rodině jsou děti povinny se o rodiče starat a dle mého názoru je nemorální, aby chtěly platit za to, že jednou za týden uklidí a nakoupí svým rodičům, případně manželka manželovi.*

§ 18a Způsob výplaty příspěvku ve stupni I (lehká závislost) osobě starší 18 let

- *§ 18a – způsob výplaty p. ve stupni I –administrativně náročné (např. přesun nevyčerpané části příspěvku do dvou následujících měsíců), podle mého názoru u většiny dotčených příjemců dávky dojde k ohlášení změny – tj. ohlášení, že pečuje blízká osoba a v důsledku toho bude celý příspěvek vyplácen nadále v hotovosti. V návaznosti na to vznikne u těchto klientů ze strany úřadu povinnost min. 1x za 3 měsíce kontrolovat využívání příspěvku dle § 29, odst.1, písm.; stačí snížit příspěvek*
- *§ 18a....tato úprava nevyřeší fungování a rozvoj „sociálních služeb“ jako poskytovatele pomoci, navíc neúměrně zatíží náročnost zpracování, nákladnost systému vzroste (poukázky)*
- *§ 18a – dosud sice není v účinnosti, ale v případě, že je v tomto § zaveden také odst. 4, pak změna způsobu vyplácení příspěvku na péči v I.stupni dle tohoto § odst. 1 je zcela bezúčelná a je zřejmé, kam toto bude směřovat.*

§ 21 Povinnosti žadatele o příspěvek, oprávněné osoby a jiného příjemce příspěvku

- *par. 21- povinnosti žadatele o Pnp- měly by se změnit podmínky pro oznamování nástupu na hospitalizaci, zpřísnit, případně umožnit spolupráci se zdravotními zařízeními, abychom měli přehled o hospitalizovaných žadatelích, což v mnoha případech nelze dostatečně, a hlavně včas zjistit. § 21a) – zjednodušit*
- *§ 21 odst.2 zpřesnit, stanovit přesný postih při nesplnění povinnosti*
- *§ 21 (tečka se nahrazuje čárkou a doplňuje se písmeno d) – nahlašování hospitalizace – dochází k tomu, že nám klienti a pečující osoby nenahlašují hospitalizace, které mají nahlašovat písemnou formou do 8 dnů a veškeré změny rozhodné pro průběh řízení*

§ 25 Řízení o příspěvku

- *§ 25 odst. 4 (seznam úkonů OSSZ musí být součástí rozhodnutí ve věci, není tedy umožněno rozhodnout dle sociálního šetření!)*
- *§ 25 větší váha sociálního šetření – větší pravomoce*
- *§ 25 povinnost posudkových lékařů posuzovat zdravotní stav osob dle skutečného aktuálního zdravotního stavu a ne jen dle vypsání papíru od ošetřujícího lékaře. Bylo by vhodné, aby posudkový lékař osobu viděl.*

§ 26 Řízení o příspěvku

- *§ 26 je diskutabilní..... dostáváme se do situací, kdy dlouhodobě nemocný - hospitalizovaný, a jeho blízcí nemají šanci řešit jeho další existence - bez PNP*

- *V praxi problém s § 26 přerušeni řízení z důvodu hospitalizace, mnoho klientů však končí v léčebnách dlouhodobě nemocných a čeká na umístění do DD (bez PnP jej však do DD nepřijmou), tj. je to takový bludný kruh*

§ 29 Kontrola využívání příspěvku

- *§ 29 – je nutné vylepšit a doplnit, jak provádět kontrolu využívání PnP, paragraf je velmi obecný*
- *§ 29 – pracovník vykonávající vše ohledně pnp nemůže stíhat tak častý počet kontrol*
- *§ 29 – kontrola využívání příspěvku – některé skutečnosti lze těžko objektivně ověřit – např. zda je pomoc poskytována osobně tím, kdo je uveden v žádosti, zda způsob a rozsah pomoci odpovídá stan. stupni závislosti – objektivně lze pouze ověřit, zda byla s poskytovatelem soc. služeb uzavřena smlouva o poskytování soc. služeb*
- *§29 Větší pravomoci v kontrole, např. jako OSPOD*

§ 30 Informační systém příspěvku

- *§30 Propojenost úřadů v ČR, právo oddělení pro PnP být napojen na IS matriky, evid. obyvatel.*
- *Také, co se týká úmrtí osob, pobírajících Pnp, bylo slíbeno do budoucna, že bude program HN propojen s registrem obyvatel, kam bychom mohli nahlédnout, případně bychom viděli sestavy úmrtí v našem obvodu.*

§ 74 Sociální služby poskytované za úhradu

- *§ 74 odst. 2 buď vypustit nebo vyřešit vymáhání a doručování rodičům – cizincům*
- *§ 74 – úhrady – zpřesnit a doplnit – od kdy platnost úhrady,....*

§ 106 Správní delikty

- *106 odst. 3 – osoba blízká se dopustí přestupku tím, že neohlásí do 8 dní úmrtí. Někteří klienti záměrně nehlásí např. hospitalizace a žádná pokuta jim nehrozí. Naopak úmrtí je mnohdy tak traumatická záležitost a pozůstali mají mnoho vyřizování, že na náš úřad mohou prostě zapomenout 29 rozšířit na přestupek i neoznámení pobytu ve zdr. zařízení*
- *§ 106 dodat do zákona, že si registrované zařízení nesmí podmiňovat přijetí klienta přiznaným příspěvkem na péči*

§ 110 Sociální pracovník

- *§ 110 Vzdělání – vystudovala jsem dvouletou sociálně právní přípravu bez DiS., tituly se po ukončení nedávaly, až když začaly přípravy tříleté, studium jsem ukončila 1998. myslím si, že dnešní DiS. více zkušeností nemají, když mají ten titul! Sociální pracovník by se měl vzdělávat průběžně v sociálním oboru, ne že bude Ing. V oboru chemie a pak mu stačí 200 hodinový kurs.*

- *§ 110 Neuznává se praxe v oboru nejedná-li se o vysokoškolačka, v případě že je VŠ třeba technik tak stačí kurs*
- *§ 110 co se týká vzdělání (také patřím do skupiny, kdy si dodělávám VOŠ), je na místě se vzdělávat, ale spíše formou seminářů, a ne stresovat většinu sociálních pracovníc*

§ 120 Přejížděná ustanovení

- *§ 120 nemyslím si, že by konkrétní paragrafy měly být novelizovány, ale určitě nemělo dojít k překlopení „bezmocností“, vše mělo být posouzeno v novém duchu*
Respondenti dále upozorňovali na problémy, které dosud nejsou řešeny.
- *Především by mělo dojít ke změně v případech, kdy je příjemce příspěvku např. dva měsíce v nemocnici a pečující osoba není po tu dobu pojištěna. Není žádný způsob jako toto řešit. Dle některých rad na školeních by měli takoví poskytovatelé jít na úřad práce. Ovšem úřad práce je proto, aby zprostředkoval práci, ne jako azylový přístřešek pro poskytovatele, aby za ně stát zaplatil pojištění.*

7. Podklady pro vydání správního rozhodnutí

Podkladem pro vydání rozhodnutí o příspěvku na péči je sociální šetření a posouzení stupně závislosti OSSZ. Záměrem bylo zjištění, který z podkladů správní orgány ve svém rozhodování upřednostňují. Z šetření vyplynulo, že správní orgány jednoznačně (92,5 %, 111 respondentů) upřednostňují výsledek posouzení stupně závislosti vydaný OSSZ.

- *někdy na nás klienti svůj zdrav. stav jen „hrají“, to by měl poznat posudkový lékař, ne vždy tomu ale tak je, potom se vyplácí peníze aniž by byl nárok z hlediska potřebě pomoci*

Pouze 6,6 %, tedy 8 respondentů uvedlo, že v případech, kdy dochází k významnému rozdílu mezi závěrem sociálního pracovníka a posudkového lékaře, zvažují možnost přihlídnutí k výsledku sociálního pracovníka.

Pouze jedna z odpovědí upřednostňovala úsudek sociálního pracovníka.

- *Poslední dobou se přikláníme k výsledkům sociálního šetření. LPS se neobtěžuje zjišťovat aktuální situaci klienta*

8. Mechanismus rozhodování správních orgánů při kombinaci podkladů

Cílem otázky bylo zjištění mechanismu postupu správního orgánu v případě, že v rozhodnutí je kladem rozhodující důraz na sociální šetření.

- *Převážně vycházíme ze závěrů posudku OSSZ, pouze výjimečně se přikláníme k sociálnímu šetření při hlubší místní znalosti a celkové sociální situaci žadatele. Vyjádřeno číselně se jedná o několik málo promile z celkového počtu žadatelů.*
- *z 99% se řídím posudkem lékaře, ale pokud s ním nesouhlasím, provedeme s vedoucí soc. šetření opět v domácnosti a zhodnotí se opět body a přehodnotíme posudek lékaře.*
- *Ve většině případů je respektován posudek LPS OSSZ. Pokud se s výsledkem neztotožníme, pak provedeme další důkazy, např. nové sociální šetření, vyžádáme si stanovisko organizace, která u klienta poskytuje péči, aktuální lékařské zprávy atp. Zpravidla znovu žádáme i LPS, aby nové důkazy zhodnotila. Pokud LPS své posouzení nezmění, pak v odůvodnění rozhodnutí je kromě tohoto posouzení uvedeno, proč a v čem nebylo posouzení respektováno. Tento postup byl zaveden teprve před několika měsíci na základě doporučení KÚ, dříve byl respektován lékařský posudek vždy.*

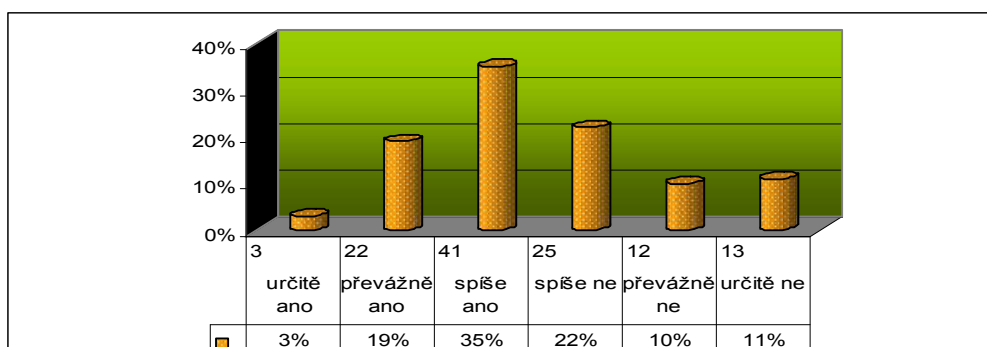
Dvě z respondentek uvedly, že ačkoli samy jsou pouze administrativní pracovníce a sociální šetření neprovádějí, žadatele často ani osobně neznají, rozhodují o tom, ke kterému z důkazních prostředků bude přihlédnuto.

- *Většinou se přikloníme k posudkovému lékaři, protože : V rámci sociálního šetření sociální pracovníci zjišťují schopnost samostatného života osoby v přirozeném sociálním prostředí z hlediska péče o vlastní osobu a soběstačnosti. Výsledek tohoto šetření může být ovlivněn subjektivními dojmy sociálního pracovníka, které jsou podmíněny aktuálním okamžikem sociálního šetření. Sociální pracovník ne vychází ze zdravotní dokumentace, naopak lékař posudkové služby OSSZ posuzuje schopnost zvládat jednotlivé úkony na základě zdravotní dokumentace, posuzuje zdravotní stav z hlediska, zda se jedná o dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav.*

9. Sociální šetření jako podklad pro posouzení stupně závislosti lékařem OSSZ

Okresní správa sociálního zabezpečení kromě dalších podkladů jmenovaných zákonem vychází při posuzování stupně závislosti z výsledku sociálního šetření. Otázka zjišťovala názor sociálních pracovníků na skutečnost, zda posudkový lékař OSSZ považuje toto šetření za relevantní podklad pro vlastní výsledek při posouzení stupně závislosti.

Graf 1: Názor na hodnocení sociálního šetření posudkovým lékařem (absolutní četnost)



Zdroj: vlastní výzkum

Respondentům byla nabídnuta škála šesti kategorií od 1 do 6 neboli od „určitě ano“ až po „určitě ne“. Na otázku odpovědělo 116 dotázaných, nejvýrazněji (41x) byla zastoupena odpověď „spíše ano“ (tj. 35 %). 66 respondentů odpovědělo *ano* „v jakékoli podobě“ ku 50 respondentům, kteří odpovídají *ne* „v jakékoli podobě“. 13 dotázaných (11 %) se domnívá, že posudkoví lékaři k výsledku sociálního šetření určitě nepřihlížejí.

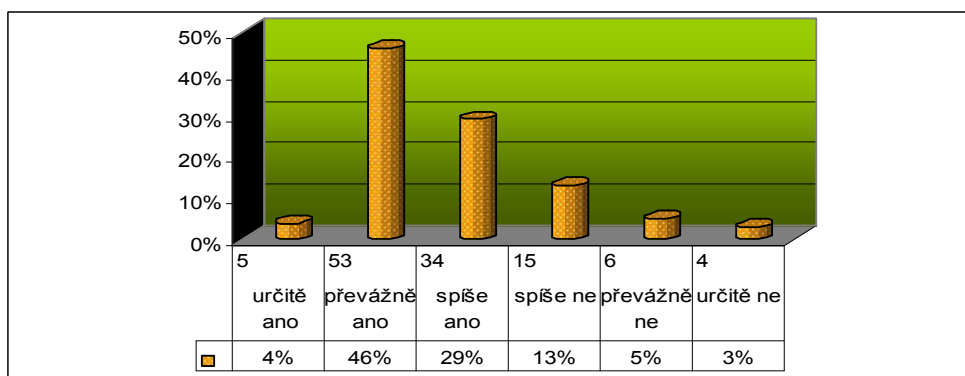
Respondenti v některých případech své odpovědi podpořili slovními komentáři.

- *záleží vždy na jednotlivých lékařích, každý má jiný přístup*
- *určitě se dívá na soc. šetření – souhrnnou zprávu, ale body hodnotí sám*
- *někdy mám pocit, že to ani nečtou*

10. Určení stupně závislosti sociálními pracovníky a posudkovými lékaři

Záměrem otázky bylo zjištění, zda se výsledky sociálního šetření dle názoru respondentů shodují s výsledky posouzení stupně závislosti vydanými okresní správou sociálního zabezpečení.

Graf 2: Vnímání shody závěrů posudkových lékařů a sociálních pracovníků (absolutní četnost)



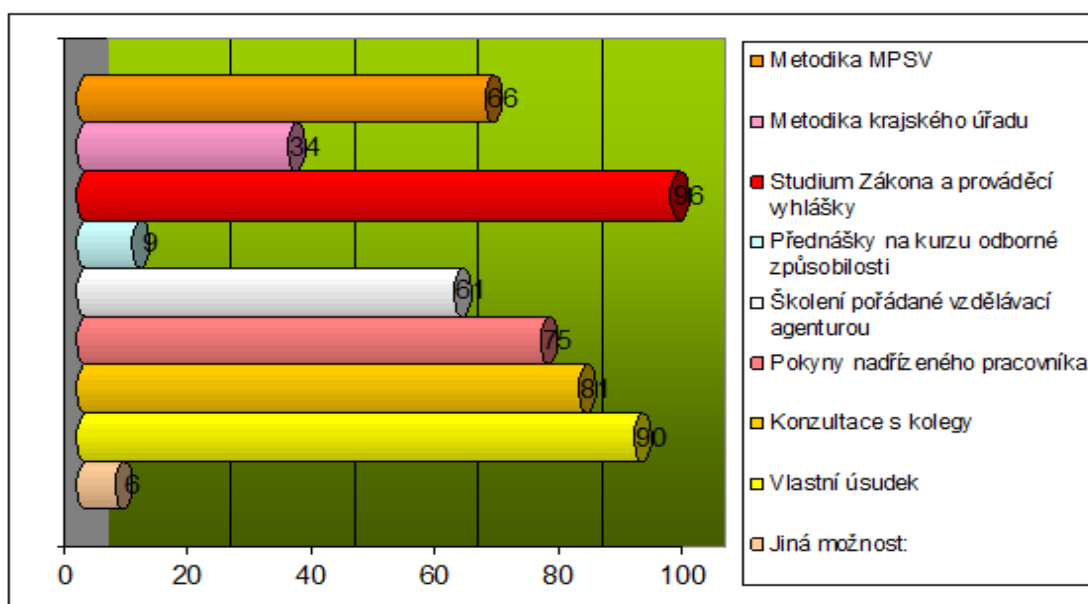
Zdroj: vlastní výzkum

Otázka mapuje pouze vnímání shody dle pocitů dotázaných sociálních pracovníků, kteří se domnívají, že závěry se v převážné míře zásadně neliší. Ze 117 odpovědí byl nejčastěji (v 53 případech) zastoupen názor „převážně ano“ (tj. 46 %), kladná odpověď zazněla 92 x (tj. 79 %). V uvedené věci nebylo prováděno statistické vyhodnocování vzájemných poměrů shody mezi výsledky sociálních pracovníků a posudkových lékařů ze spisové dokumentace.

11. Získání informací k postupům sociálního šetření

Výpovědi sociálních pracovníků identifikovaly zdroje, o které se pracovníci opírají při realizaci sociálního šetření.

Graf 3: Získávání informací k provádění sociálního šetření (absolutní četnost)



Zdroj: Vlastní výzkum

V nabídce mohli respondenti vybírat z možností, ve výsledcích bylo upřednostňováno studium zákona a prováděcí vyhlášky (96), dále vlastní úsudek (90), konzultace s kolegy (81), pokyny nadřízeného pracovníka (75), následovaly pokyny MPSV (66), školení vzdělávací agenturou (61), pokyny krajského úřadu (34), a přednášky na kurzu odborné způsobilosti (9). Sociální pracovníci informovali o dalších způsobech a možnostech (6), ze kterých při sociálním šetření vycházejí. Jednalo se především o zkušenosti z předchozích zaměstnání. Někteří pracovníci či spíše pracovnice, do sociální sféry přecházely z oblasti zdravotnictví, tyto respondentky jako přínosnou hodnotí svoji praxi na pozici zdravotních

sester. Dále byla uváděna praxe na pozici sociálního pracovníka pobytového zařízení sociálních služeb.

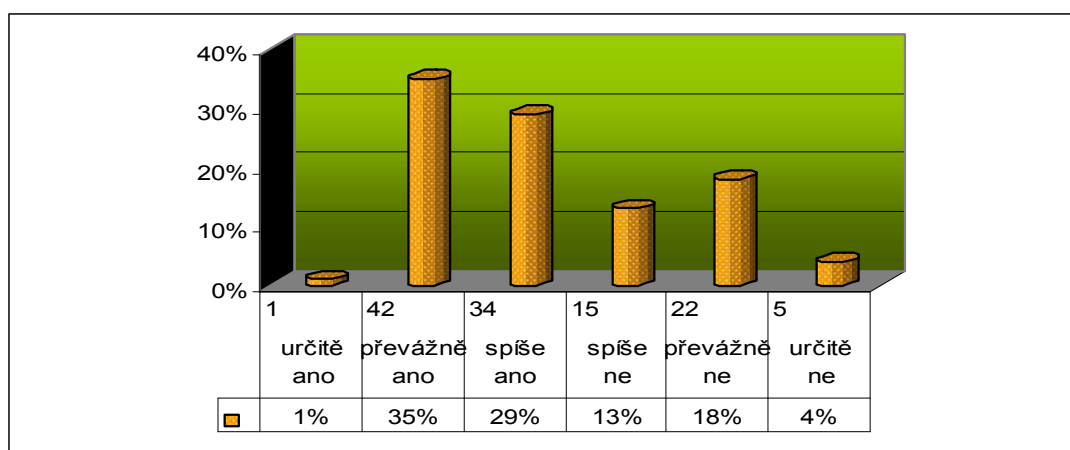
- *Školení pro mne bylo přínosné hlavně v tom, že jsme mohli prokonzultovat a podělit se o zkušenosti a způsob provádění soc. šetření s pracovníky jiných obecních úřadů. Lektorka, která prováděla školení nebyla z oboru, příspěvek na péči v té době neprováděla. Nikdy nebyla na sociálním šetření pro PnP, neměla možnost srovnání, takový lektor pro mne nebyl důvěryhodný. Největší přínos z takovýchto školení byla výměna zkušeností s ostatními soc. pracovníky. U sporných případů hodně konzultujeme i s ostatními pracovníci na úseku PnP na našem úřadu.*
- *Ani ne samotné školení, ale hlavně konzultace na školeních s kolegyněmi z jiných úřadů. Neustále jsme se v počátcích dovolávali nějakého proškolení na provádění sociálního šetření pro účely příspěvku na péči. Na základě tohoto se takového školení zhostila lektorka, která si nastudovala jak se máme chovat ke klientovi, jak se máme na šetření oblékat apod., ale k hodnocení jednotlivých úkonů jsme se nedostali.*

V dotazníkovém šetření respondenti dále zmiňovali pozitivní zkušenosti ze setkání s posudkovými lékaři

12. Objektivnost sociálního šetření

Účelem sociálního šetření je zjistit míru závislosti posuzované osoby v úkonech péče o vlastní osobu a úkonech soběstačnosti na jiné fyzické osobě.

Graf 4: Vnímání míry shody výsledků sociálního šetření mezi sociálními pracovníky (absolutní četnost)



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka zjišťovala postoje respondentů k objektivnosti sociálního šetření, při kterém se hodnotí 36 úkonů definovaných zákonem o sociálních službách, které podrobněji rozvádí prováděcí vyhláška. Možnost subjektivního hodnocení jednotlivými sociálními pracovníky hraje dle názoru respondentů určitou úlohu, přesto se 65 % dotázaných domnívá, že hodnocení mezi jednotlivými sociálními pracovníky se výrazně neliší. Na šesti bodové škále odpovědí od „určitě ano“ po „určitě ne“ 77 respondentů ze 119 volilo odpověď s variantou „ano“. Nejčastěji (42 x) byla zastoupena odpověď „převážně ano“ (35 %). Respondenti opět kromě označení odpovědi na číselné škále přidávali své komentáře.

- *Určitě se neshodneme, ale nemyslím si že by se výsledek nelišil nějak zásadně, pouze můžeme mít každá odlišný názor při posuzování některého bodu, což by mohlo ovlivnit výsledek pouze o jeden stupeň, nikoli, že já dám I. a kolega IV.*
- *Myslím si, že jde vždy o subjektivní pohled na žadatele.*

Sociální pracovníci opakovaně poukazovali na obtížnost hodnocení při stávajícím znění zákona.

- *hlavně by se měla změnit vyhláška*
- *hodnocení úkonů je nedostatečně zpracované, duplicitní otázky atd.*

13. Počet vyplácených příspěvků na péči

Objem agendy pracovníků se v porovnání jednotlivých obecních úřadů obcí s rozšířenou působností značně liší. Někteří sociální pracovníci mají na starosti pouze kompletní agendu příspěvku na péči, někteří pouze vykonávají sociální šetření, někteří mají na starosti pouze administrativní činnosti. U některých úřadů sociální pracovníci mají k agendě příspěvku na péči často přiřazené další činnosti, např. zpracování mimořádných výhod, dávek dle vyhl. č. 182/1991 Sb., provádějí sociální šetření pro okresní soudy a jiné orgány, kontrolují činnost opatrovníků osob zbavených způsobilosti k právním úkonům, vykonávají za obce funkce opatrovníka osobám zbavených způsobilosti k právním úkonům, stanovují úhradu za stravu a péči dle § 74, zajišťují poskytnutí sociální služby ve smyslu § 92, zastupují osoby dle § 91 odst.6 zákona o sociálních službách, zabezpečují úkoly v samostatné působnosti obce a mnohé další činnosti.

Dle oficiálních statistik MPSV bylo v roce 2009 vyplaceno každý měsíc cca 288 - 295 tisíc příspěvků na péči. Ze šetření vyplývá, že pracovníci mají na starosti v průměru 350 příspěvků na péči. Někteří pracovníci zajišťují zpracování až 550 příspěvků na péči měsíčně.

14. Počet vyplácených příspěvků na péči v I. stupni závislosti u osob starších 18 let věku

Příspěvky na péči v I. stupni závislosti u osob starších 18 let patří mezi nejvíce diskutované otázky problematiky zákona o sociálních službách. Je schválena jejich částečná výplata nepeněžní formou, účinnost těchto ustanovení zákona byla dočasně odložena. V prvním stupni závislosti se dle MPSV vyplácí největší počet příspěvků na péči cca 113 000 dávek (vč. dětí).

Respondenti odhadují počet příspěvků na péči v I. stupni závislosti u osob starších 18 let cca jako třetinu své agendy. Zjištění počtu vyplácených příspěvků bylo účelné ze dvou důvodů, pro orientační zjištění poměru vyplácených příspěvků v I. stupni závislosti v návaznosti na připravovanou výplatu nepeněžní formou a ověření opodstatněnosti pocitů respondentů uváděných v otázce č. 29.

15. Výše příspěvku na péči v I. stupni závislosti osob starších 18 let věku

Pro přiznání příspěvku na péči v I. stupni závislosti osoba starší 18 let věku musí být závislá na každodenní pomoci nebo dohledu jiné fyzické osoby při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a úkonech soběstačnosti. S výše uvedenou skutečností 64 % respondentů (73) souhlasí, 41 (36 %) nepovažuje počet úkonů za odpovídající. Otázku zodpovědělo 114 respondentů.

16. Navrhovaný počet úkonů pro přiznání příspěvku na péči v I. stupni závislosti u osob starších 18 let věku

Sociální pracovníci získali prostor pro podání vlastních návrhů pro určení počtu úkonů, kdy by měl být příspěvek na péči v prvním stupni závislosti přiznáván. Názory respondentů byly značně různorodé, navrhovali jak snížení tak zvýšení počtu úkonů. Nejčastěji bylo navrhováno snížení na 10 úkonů (11 osob), ale se současným snížením výplaty příspěvku, u zvýšení převládá názor, že by nárok na první stupeň závislosti neměl být, pokud osoba není závislá na pomoci jiné fyzické osoby nejméně v 15 úkonech (6 odpovědí).

- *já bych I. stupeň nepřiznávala*
- *již od deseti úkonů, od 1.8.2009 je posuzování lékařů přísnější, mnoho klientů nedosáhne ani na první stupeň závislosti*
- *přibližně 10 úkonů, ovšem s tím, že výše příspěvku v I. stupni by byla výrazně snížena*

- *Takto se to nedá říct, máme klienty, kteří I. stupeň mají a přitom vedou docela normální život – např. pán denně dojíždí do chráněných dílen a má rakovinu a na druhé straně není přiznán I. stupeň babičce, která ani není sama schopná vylézt z bytu. První člověk úkony dle mého názoru zvládá a přesto to dostal a paní nezvládá a přesto pnp od posudkářů nedostala.*
- *mělo by to být tak, aby z toho byl patrný ZDRAVOTNÍ handicap, a ne jen to, že je žadatel stár*

17. Výše příspěvku na péči v I. stupni závislosti osob do 18 let věku

Pro přiznání příspěvku na péči v I. stupni závislosti osoba do 18 let věku musí být od 01.08.2009 závislá na každodenní pomoci nebo dohledu jiné fyzické osoby při více než 4 úkonech péče o vlastní osobu a úkonech soběstačnosti. S výše uvedenou skutečností převážná část - 104 pracovníků souhlasí (87 %), pouze 16 dotázaných (13 %) nepovažuje počet úkonů za odpovídající. Vyjádření na škále bylo opět respondenty glosováno.

- *U dětí mladších 3 roků postrádá PnP smysl, neboť se odečítá od vypláceného rodičovského příspěvku. Matka tak pobírá RP 4600,- a PnP 3000,-*
- *nedokážu jednoznačně odpovědět, zvláště u malých dětí, které mají interní chorobu (cukrovka, celiakie, onemocnění štítné žlázy atp.), a přitom se posuzují především pohybové úkony. Situace se poněkud zlepšila po novelizaci zákona, kdy se mohou mimořádně posuzovat i tři další úkony, které neodpovídají dané věkové kategorii.*

18. Navrhovaný počet úkonů pro přiznání příspěvku na péči v I. stupni závislosti u osob do 18 let věku

Sociální pracovníci byli požádáni o podání návrhů počtu úkonů, kdy by měl být přiznán příspěvek na péči v I. stupni závislosti u osob do 18 let věku. Návrhy byly většinou doprovázeny komentáři, vysvětlením postojů dotázaných. Převládá názor, že snížení posuzovaných úkonů z 6 na 5 nebylo žádoucí (9 osob). Opakovaně se objevoval názor, že u dětí by měl být nastaven jiný způsob hodnocení než bodový.

- *Každá bodovací stupnice někomu ublíží, ukřivdí, asi bych bodování vůbec zrušila a řídila se jen faktickým stavem člověka a množstvím využívané pomoci a vynaloženými náklady na pomoc od osob či zařízení*
- *u osob do 18 let bych vznik nároku neposuzovala podle splněných úkonů, ale zcela individuálně podle diagnózy a míry odlišnosti od ostatních dětí a v závislosti na*

sociálním prostředí, ve kterém žije (např. posuzování mentální úrovně dětí z romských rodin)

- klidně i 2 úkony v případě, že se jedná o dítě s nutností dodržovat některou dietním onemocněním (celiakie, fenyلكetonurie...)

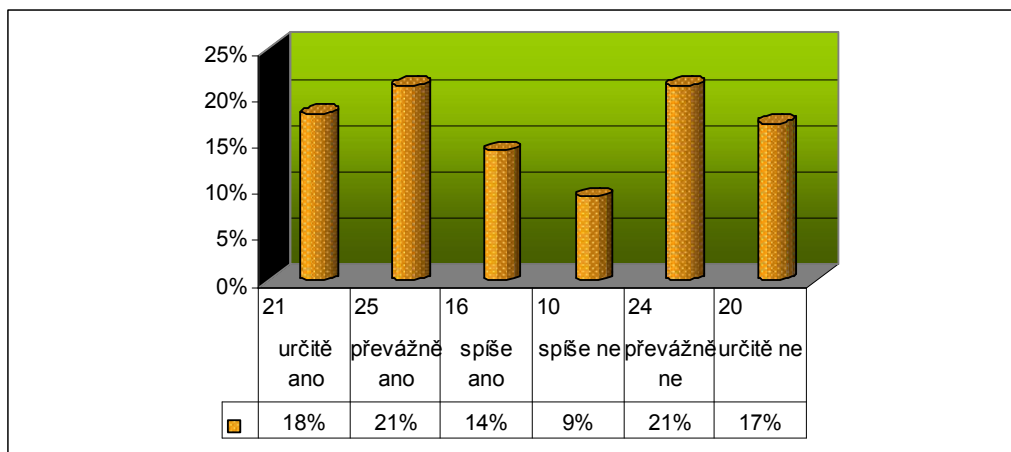
I u odpovědí v této otázce bylo upozorňováno na nevhodný systém nastavení jednotlivých posuzovaných úkonů.

- změnila bych obsah úkonů, hodnotí se úkony, které malé zdravé děti taky nezvládnou- byť by s dohledem- a nárok na dávku nemají. Co se týče dětí do 15 let, bych sociální šetření úplně vypustila a nechala na rozhodnutí na lékaře, podle závažnosti postižení

19. Změna zákona o sociálních službách při posuzování stupně závislosti osob do 18 let věku

Od 01.08.2009 došlo ke snížení počtu úkonů pro dosažení I. stupně závislosti u osob do 18 let věku z 6 na 5 a bylo nově zavedeno ust. § 10 odst.2 zákona o sociálních službách (potřeba mimořádné pomoci u úkonů I. a,q,r)¹¹. Zákonodárci předpokládali výrazné navýšení přiznávaných příspěvků na péči u dětí se speciálním dietním režimem, diabetikům, kardiakům apod.

Graf 5: Názor na zavedení úkonů s potřebou mimořádné pomoci (absolutní četnost)



Zdroj: vlastní výzkum

Otázkou byl zjišťován přínos uvedené novelizace z pohledu sociálních pracovníků. Na šestibodové škále od „určitě ano“ po „určitě ne“ byly všechny odpovědi zastoupeny velmi

¹¹ Dotazníkové šetření bylo realizováno před novelizací vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů od 01.06.2010.

rovnoměrně. Odpovědi „ano“ v jakékoli podobě byly uvedeny 62 x (tj. 53 %), odpovědi „ne“ 54 x (tj. 47 %). Otázku zodpovědělo 116 respondentů.

20. Výše příspěvku na péči

Výše příspěvku na péči ohodnocuje míru závislosti posuzované osoby na péči jiné fyzické osoby. Příspěvek je vyplácen ve čtyřech stupních, výše příspěvku je rozdílná u dětí a osob starších 18 let věku. 63 respondentů (55 %) s výší vyplácených příspěvků nesouhlasí, 52 dotázaných (45 %) proti stávajícímu uspořádání nemá námitek, odpovídalo 115 pracovníků.

21. Návrhy změny výše příspěvku na péči

Otázka zjišťovala názory respondentů na výši příspěvků na péči ve všech stupních závislosti, a to jak u osob starších 18 let věku, tak dětí. Jednotlivé návrhy byly značně rozdílné, u dospělých příjemců 0 – 15 000 Kč, u dětí 1 000 – 15 000 Kč.

Nejčastěji se objevoval názor, že osobám starším 18 let věku by se příspěvek na péči v prvním stupni závislosti vůbec neměl přiznávat, popř. by se měl výrazně snížit, a to nejméně na částku 500 Kč (26 osob). Dále bylo navrhováno snížení příspěvku v prvním stupni závislosti na 1 000 Kč u osob starších 18 let věku (13 osob). U čtvrtých stupňů závislosti naopak sociální pracovníci v mnoha případech považovali 12 000 Kč za nedostatečnou výši.

Respondenti opakovaně upozorňovali na složitost systému, čtyři stupně závislosti považují za nadbytečné. Dle návrhů příspěvek na péči nelze posuzovat plošně, je třeba odlišit, kým je péče poskytována, zda je osoba umístěna v pobytovém zařízení sociálních služeb či v domácím prostředí, jaké jsou skutečné náklady provozované služby, jakým způsobem je příspěvek využíván, zda příspěvek slouží pečující osobě jako náhrada příjmu, jaká je kvalita péče apod.

Potřebu změny cítí respondenti především u dospělých příjemců, návrhy snížení příspěvky u osob mladších 18 let věku byly spíše sporadické, z výpovědí respondentů vyplývá, že otázka finančního ohodnocení péče o děti je velmi citlivá.

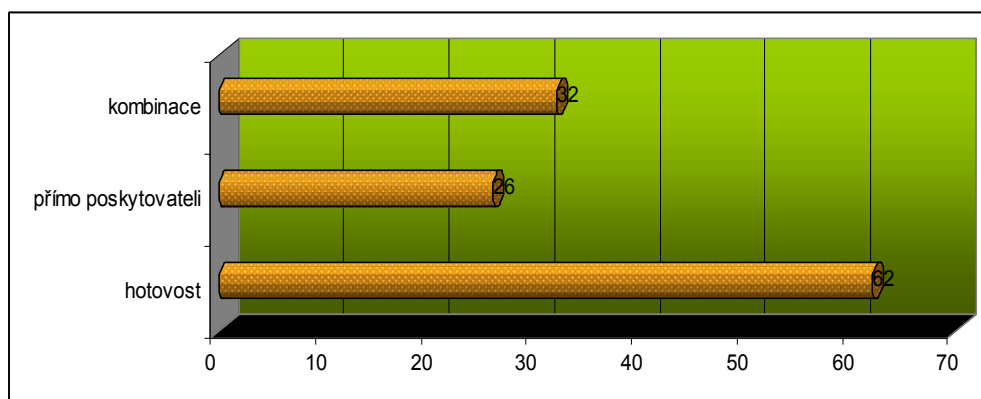
- *Žadatelů, kteří potřebují pomoc v rozsahu 4. stupně, je početně nejméně, ovšem péče o ně je natolik obtížná, že ani zvýšená částka na 15 000,- Kč není dostatečnou odměnou, přičemž pobyt v nějakém ze zařízení vyjde stát rozhodně na daleko více peněz. A především hledisko sociální hovoří ve prospěch domácí péče.*

- *já bych děti a dospělé vůbec nerozdělovala na odlišné skupiny, prostě dle posudku lékaře by byl stupeň a bylo by zohledněno, zda s postiženou osobou někdo zůstal doma místo zaměstnání*
- *II. stupeň závislosti rozlišit, zda pečující pracuje, v tomto případě je částka adekvátní nebo by mohla být jen 3000,-Kč, v případě, že pečující musel zůstat s oprávněnou osobou doma potom bych částku zvýšila na 5000,-Kč by se přiblížila částce jako při příspěvku při péči o blízkou osobu.*
- *I. stupeň závislosti dětí ...zrušit - řešit jinými dávkami (na dietu, na léky, nebo upravit z tohoto důvodu rodičovský příspěvek, vyplácet bych jen peč. služby*

22. Způsob vyplácení příspěvku na péči v I. stupni závislosti

Příspěvek na péči je dosud vyplácen pouze peněžní formou. Novela zákona o sociálních službách od 01.08.2009 přináší nové způsoby jeho výplaty v prvním stupni závislosti¹². Sociální pracovníci ve svých odpovědích vyjadřovali své názory k chystané změně.

Graf 6: Názor na způsoby vyplácení příspěvku na péči (absolutní četnost)



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejčastěji byla preferována výplata příspěvku v hotovosti (62 respondentů, tj. 51,6 %). Názor, že by příspěvek na péči měl být vyplácen od plátce dávky přímo registrovanému poskytovateli sociálních služeb (popř. formou poukázek) zastává 26 dotázaných (tj. 21,7 %). 32 respondentů (26,7 %) volí možnost kombinace uvedených způsobů.

Silná preference poskytování příspěvku pouze formou peněžní pramenila rovněž z obav úředníků o technické zabezpečení nepeněžní formy výplat. Respondenti mají špatné

¹² účinnost odložena od 01.01.2011

zkušenosti s oficiálním provozovatelem softwaru, ve kterém se zpracovává příspěvek na péči, tedy OK systémem, obávají se, že nebude pružně reagovat na změny legislativy.

- *pouze v hotovosti, jiný systém je zbytečná finanční zátěž zřizování složitého systému, stejně to opět nestihnout připravit a zapracovat do programu*
- *myšlenka „poukázek“ se mi příliš neosvědčila ani v systému hmotné nouze. Navíc si myslím není dořešená ani administrativa – proplácení, evidence apod.*

Návrhy přímou úhradou registrovaným poskytovatelům péče respondenti podmiňují dostatečně rozvinutou sítí sociálních služeb.

- *Přímou úhradou poskytovateli sociálních služeb by bylo nejlepší, ale zřejmě se tato možnost nebude moci i do budoucna realizovat, protože není, a nebude, dostatečná síť poskytovatelů soc. služeb, kteří by zajížděli do všech obcí, tak aby se jim jejich náklady na cestovné vyplatily*
- *Naši zákonodárci by se měli zaměřit více na komunitní plánování sociálních služeb a podporu neziskového sektoru, v našem regionu (Stříbrsko a okolí) není téměř žádná síť sociálních služeb. Lidé v našem regionu proto nebudou moci „péčenky“ využít, když by mnozí z nich chtěli⁴⁸!*

Silné zastoupení (18 osob) má návrh na rozdělení příspěvku na dvě stejné části.

- *Zůstali-li by 2.000,- tak kombinace „půl na půl“.*
- *1000,- v hotovosti, 1000,- přímou úhradou poskytovateli*

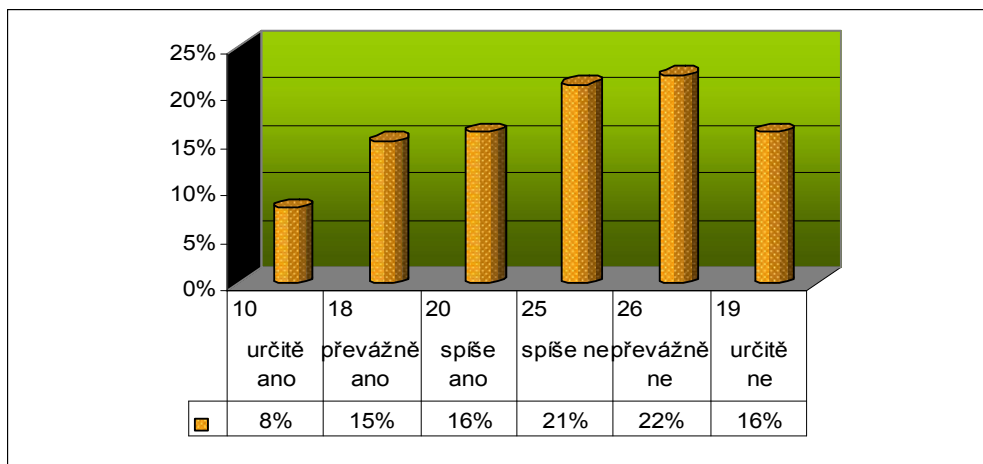
Další uváděné odpovědi.

- *Kombinací pouze v případě, že v obci, kde žadatel žije není možno zajistit např. terénní pečovatelskou službu. Pokud by toto zajištěno bylo, výplata pouze přímou úhradou poskytovateli sociálních služeb.*
- *vyplácet jen za služby, které byly provedeny*
- *25% hotovost / 75% poskytovateli*
- *40%= fyz.os. 29 60% zařízení*
- *forma poukázek se mi zdá jako nevyhovující, bylo by vhodné popř. určitou část zasílat přímo na účet poskytovatelů sociálních služeb – v I. a II. by měla být úhrada poskytovateli soc. služeb vyšší než polovina. U III. a IV. stupně pokud je pečující osoba celodenně s příjemcem příspěvku, neviděla bych jako důležité využívat pečovatelských služeb*

23. Poskytování péče rodinnými příslušníky při nepeněžní formě výplaty příspěvku na péči

Změna forem výplat příspěvků na péči se může odrážet v péči poskytované neformálními pečujícími.

Graf 7: Vnímání poskytování péče rodinnými příslušníky při zavedení nepeněžní formy výplaty příspěvku na péči (absolutní četnost)



Zdroj: vlastní výzkum

Otázku zodpovědělo 118 respondentů, na šestibodové škále od „určitě ano“ po „určitě ne“ měla varianta „převážně ne“ nejsilnější zastoupení (26 osob, tj. 22 %) s mírnou převahou nad odpovědí „spíše ne“ (25 odpovědí, tj. 21 %). Odpověď „ne“ v jakékoli podobě označilo 70 respondentů (59 %), naopak 48 dotázaných (41 %) se domnívá, že nebude-li příspěvek osobám závislým na péči jiných osob vyplácen pouze v hotovosti, bude kvalita či rozsah péče nějakým způsobem ovlivněna. Někteří z těchto pracovníků se domnívají, že při zavedení nepeněžních forem výplaty příspěvku může docházet k většímu rozvoji sociálních služeb.

- *Kde rodina pečovat chtěla bude pečovat i zadarmo, kde ne tak už je senioři možná neuvidí. Na druhé straně u zneužívajících rodin odpadne důvod, proč si svého postiženého držet doma v nevyhovujících podmínkách a raději ho dají do ústavu, protože už se jim to finančně nevyplatí.*
- *Menší zájem rodiny, více služeb organizací a nebude docházet ke zneužívání příspěvku.*

24. Změny ve způsobech poskytování péče neregistrovanými poskytovateli

Nepeněžní forma výplaty příspěvku na péči dle názoru některých sociálních pracovníků prověří kvalitu rodinných vztahů. Odpovědi respondentů vyjadřovaly konkrétní obavy, že kvalita a rozsah péče v rodinách mohou být odvislé od finančního ohodnocení.

- *Pokud se rodinní příslušníci starat chtějí, tak budou i nadále, nehledě na to, zda dostanou „zapláceno“ (za úklid, nákupy, vaření – to by měla být samozřejmá péče dětí o své rodiče). Ovšem někteří rodinní příslušníci se starají jen pro peníze, pokud by byly poukázky už se pravděpodobně starat nebudou – důležité ale je, že o postiženého bude postaráno a to peč. službou. Někde to zase funguje tak, že děti se nestarají a jen berou peníze, což mnohdy v I. stupni takto funguje. I proto jsem zastáncem poukázek*
- *Dle mého názoru ještě pořád velká část klientů bere příspěvek jako “přilepšení“ k důchodu a příjmům a platí z něj inkaso, resp. jej „odevzdávají“ dětem. Už teď se nám stává, že někdy pečující osoby vyhrožují, že když babička/dědeček nebudou mít IV. stupeň, tak se o ně přestanou starat.*
- *Nebude žádná nebo bude minimální finanční motivace pro rodiny. Motivace, která by jim mohla pomoci při rozhodování zda pečovat nebo chodit do zaměstnání (na plný či částečný úvazek). Zbyde jen lidskost, pokud v rodinách nefungují dobré vztahy, nebude zde pravděpodobně žádný důvod pro jejich iniciativu.*
- *budou si žádat o zvýšení a odvolávat proti rozhodnutí*
- *lidé jsou v domácí péči spokojeni a nemají zájem o služby, nevím proč zvýhodňovat jen jeden způsob poskytování péče, je to diskriminační*
- *Příjemci PnP budou donuceni utratit peníze – nepeněžní formou – prostřednictvím charity, jelikož ve většině vesnic jiní poskytovatelé nejsou. Většinou chtějí, aby tyto činnosti vykonávali blízcí příbuzní, než cizí lidé. A ti si díky PnP mohli přilepšit. Klienti co budou mít I. stupeň závislosti budou chtít dosáhnout II. stupeň, který bude v hotovosti a budou žádat o zvýšení.*

25. Způsoby vyplácení příspěvku na péči při zajištění péče neregistrovanými poskytovateli sociálních služeb

Otázkou byl zjišťován názor respondentů na výplatu příspěvku na péči oprávněným osobám v případech, kdy péči poskytují pouze fyzické osoby nikoli registrovaný poskytovatel sociálních služeb. 66 pracovníků (55 %) se domnívá, že příspěvek na péči by měl být oprávněné osobě vyplácen, i když je péče zajišťována pouze blízkými osobami.

- *Pozn. Pokud budou zvýhodňovány pouze registrované služby, pak se domnívám, že se tak významně omezuje volba klienta, kdo mu bude poskytovat pomoc.*
- *Ano, ale u prvního stupně max. 1000,- Kč*
- *V některých obcích, hlavně menších nejsou žádné nebo jen nedostačující sociální služby, proto péči poskytuje jen rodina.*

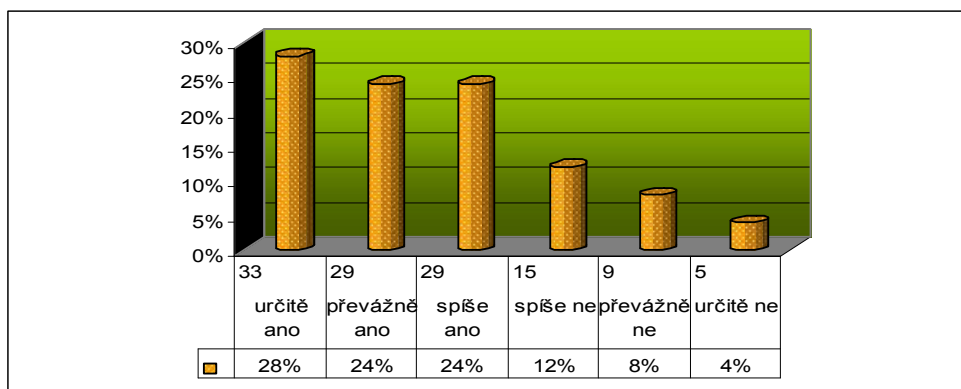
15 respondentů (12,5 %) se domnívá, že příspěvek na péči by měl být v případě, že je péče zajišťována fyzickými osobami, vyplácen pouze od druhého stupně závislosti, 22 dotázaných (18,3 %) preferuje finanční ohodnocení od třetího stupně závislosti. 15 sociálních pracovníků (12,5 %) udává, že v případě, kdy péče není poskytována registrovanými poskytovateli, by příspěvek na péči měl být vyplácen pouze pokud pečující osobě nahrazuje příjem.

- *I.stupeň by měl být přiznán pouze klientům, kde péči nezajišťuje rodina*
- *příspěvky v prvním a druhém stupni vyplácet pouze těm, kteří využívají poskytovatelů služeb, kterým musí službu hradit. Jinak podle zákona o rodině jsou děti povinny se o rodiče starat a dle mého názoru je nemorální, aby chtěly platit za to, že jednou za týden uklidí a nakoupí svým rodičům, případně manželka manželovi. Od třetího stupně již musí být péče časově náročnější, zde již je jistě na místě vyplácet příspěvek i fyzickým osobám, pečujícím o žadatele o příspěvek.*
- *Ano, pokud se jedná o náhradu mzdy a pokud opravdu je péče rodinným příslušníkem zajištěna v potřebném rozsahu*
- *II.stupeň v hotovosti bez ohledu na pečující osobu, u pečující osoby, jejímž příjmem je důchod bych dávku snížila (alespoň na polovinu)*
- *Pouze od III. stupně závislosti a v případě, že příspěvek na péči peč. osobě nahrazuje příjem*

26. Vnímání zneužívání příspěvku na péči sociálními pracovníky

Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. Zneužívání resp. nevyužívání příspěvku na péči v souladu s ideu zákona o sociálních službách patří k nejčastěji diskutovaným otázkám.

Graf 8: Názor na zneužívání příspěvku na péči (absolutní četnost)



Zdroj: vlastní výzkum

Na šestibodové škále byly preferovány odpovědi „ano“ v jakékoli podobě, 91 odpovídajících (76 %) se domnívá, že ke zneužívání příspěvku dochází. Nejvyšší zastoupení měla odpověď „určitě ano“, kterou volilo 33 respondentů (28 %). Pouze 29 osob (24 %) se s touto myšlenkou neztotožňuje a označilo odpověď „ne“ v jakékoli podobě.

Rovněž odpovědi k otázce zneužívání příspěvku na péči sociální pracovníci v některých případech doprovázeli slovním komentářem.

- *pořád se mluví o zneužívání příspěvku, že si peníze nechává rodina, ale hlavní přece je, aby rodina pečovala, aby nebyly plné domovy pro seniory*
- *o zneužívání příspěvku se hovoří v souvislosti se zajištěním péče v rodině, ale „setrvání v přirozeném sociálním prostředí“ – to jsou stěžejní myšlenky zákona, na které se ale zapomíná*

27. Způsoby zneužívání příspěvku na péči

Sociální pracovníci byli požádáni o vlastní identifikaci situací, kdy dle jejich názoru dochází ke zneužívání příspěvku na péči. Nejčastěji se vyskytovalo mínění, že příspěvek na péči není využíván v souladu s kritérii zákona o sociálních službách u příjemců příspěvku v prvním a druhém stupni závislosti, pokud žijí ve vlastních domácnostech, resp. v domácnostech svých blízkých. Respondenti popisovali případy, kdy příjemce využívá příspěvek jako další příjem pouze pro svoji osobní potřebu, na domácnost, léky, stravu atd. nikoli však k úhradě pomoci, a to ani osobou blízkou.

- *Domnívám se, že většina lidí vůbec nepochopili princip vyplácení příspěvku na péči. Z nízkého navýšení důchodu o bezmocnost najednou dostávali vysoké částky, ale stále to brali a berou jako navýšení příjmu k důchodu. Spousta klientů, peníze nevyužívá na zaplacení služeb, ale zůstávají v rodinách a zvyšují její rozpočet. Pro většinu z nich je myšlenka zajištění péče poskytovatelem soc. služeb naprosto nepřijatelná.*
- *hrazení léků, finanční podpora rod. příslušníků, přilepšení rozpočtu rodiny, ačkoli ani péči neposkytují, schovávání doma pro potřeby zvýšených jednorázových nákladů, příjem k zaplacení nájmu, kupování oblečení a jídla, na plastová okna, zařízení bytu, odměna za dopravu k lékaři, na studia vnoučat, na posezení v hospodě, na dluhy dětí*
- *příspěvek na péči vnímají jako „bolestné“ a neplatí si blízkou osobu*
- *v I. stupni ve skutečnosti žádnou pečující osobu nemají, jen napíšíou děti do oznámení o poskytovateli pomoci které se zastaví 1x za měsíc*

Dále sociální pracovníci vyzdvihovali situace, kdy příspěvek na péči jeho příjemce předává své rodině, avšak potřebnou péči neobdrží.

- *Příspěvek je chápán jako vylepšení rozpočtu, kompenzace zdravotního stavu. Nebo péče není poskytována v odpovídajícím rozsahu, domácnost osoby je silně zanedbaná, Oprávněná osoba není dostatečně zabezpečena potravinami, aj. zákl. potřebami.*
- *syn si vzal svoji matku z domova pro seniory domů, přestože sociální pracovnice domova tento přechod nedoporučily. Syn je nezaměstnaný, bylo zřejmé, že je pro něj důležitá finanční částka – IV. Stupeň*
- *pečující osoby-lidé, kteří ztratí zaměstnání, mají najednou zájem o svou babičku a dědečka a chtějí se o ně starat, pochopitelně jen za úplatu a snaží se, aby měli, co nejvyšší stupeň*
- *péče neodpovídá počtu úkonů, které klient potřebuje, nebo které mu za stejnou výši příspěvku poskytnou v sociálním zařízení*

Jako velmi diskutabilní se jeví otázka, zda příspěvek na péči vyplácet osobám, kterým potřebnou péči zajišťují rodinní příslušníci. Opakovaně se objevoval názor, že péče o rodinného příslušníka je morálním závazkem a povinností každého z nás. Úhrada dětem za to, že se starají o své rodiče, samozřejmě v případě, že se nejedná o náhradu příjmu, je považována za neetickou, neodpovídající mravním zásadám humánní společnosti.

- *V případech, kdy občané mají priznaný I. stupeň závislosti většinou vůbec péči druhé osoby nepotřebují, jsou závislí na pomoci rodiny tak jak každý jiný senior. Potom nevyužívají příspěvek na péči na úhradu potřeb spojených s péčí. Členové rodiny by s měli o své rodiče starat automaticky a ne „za odměnu“.*
- *Celý příspěvek na péči je málo propracovaný, když byla bezmocnost, nikoho nenapadlo ji zneužívat, protože to bylo pár stovek, nyní mají mnozí spolu s důchodem více peněz než pracující člověk, což mě taky připadá jako politika na hlavu. Péče o naše blízké je přirozená a nevidím důvod, proč za to rodině platit (snad jen v případě, že zůstane s postiženým doma a opustí kvůli péči zaměstnání). Podporuje se tím jenom devalvace hodnot jako je rodina a mezigenerační solidarita. Stejně rodina po seniorovi či postiženém všechno jednou zdědí, tzn. bude péče odměněna. Jsou také lidé, kteří bohužel nikoho nemají, nebo u příbuzných chybí vůle pečovat a pak je dobře, že existují profesionální instituce poskytující péči, ale zase není možné lidi nutit si kupovat službu právě od nich jenom proto, že se oproti předpokladům ukázalo, že těmto institucím mnoho pnp nedoputuje a chybí jim tak peníze.*

- *dle mého názoru je příspěvek na péči v I. stupni vysoký, je morální povinností každé rodiny pomoc své matce, otci. V tomto případě, dochází často k nevyužívání příspěvku na péči správným směrem. Jiné případy samozřejmě jsou, jde např. o zanedbání péče ze strany poskytovatele pomoci hlavně v rodině, ale s těmito případy se jako sociální pracovníce snažím pracovat a danou situaci vhodně řeším.*

Sociální pracovníci dále poukazovali na osoby, které příspěvek na péči získaly tzv. překlopením z bezmocnosti.

- *lidé, kteří mají příspěvek překlopený z bezmocnosti by na něho při novém řízení kolikrát ani nedosáhli a tyto finanční částky si spíše šetří než využívají na péči o svou osobu.*
- *Většinou se to týká I.stupně, kdy pečující osoba je jen na papíře. Ve většině případů jde o osoby, které byly „překlopeny“ z dřívějších bezmocností. Nebo se jedná o péči takovou formou jako je víkendové návštěvy rodičů a při té příležitosti jim dovezou nákupy, poklidí, příp. vyperou prádlo (dříve toto bylo považováno za morální povinnost dětí vůči rodičům). Velmi časté jsou také případy tzv. přepečovávaných osob (pokud bydlí rodiče se svými dětmi, je pro rodinu péče jednodušší a tím pádem častější a zajišťují rodičům úkony, které by, v případě vlastní domácnosti, byly ještě schopny zvládat. Ale když to dcera (syn) nachystá, proč bych to dělal(a).*
- *staří lidé si myslí, že je příspěvek jako přilepšení k důchodu. Chybou bylo to, že Ti, kteří měli přiznány částečné bezmocnosti ve výši 480,- Kč najednou všichni dostali 2000,- Kč. V současné době chtějí příspěvek i takoví lidé, kteří jej vůbec nepotřebují a dokáží bezmocnost hrát a všemožně fingovat. Pokud jim dávka není přiznána na první pokus, okamžitě podávají žádosti znovu a tím zatěžují nejen nás sociální pracovníky, ale i lékaře. Šetření bývá v těchto případech neobjektivní, poněvadž u takového člověka opravdu nelze objektivně posoudit, zda je tak nemohoucí.*

Jako zneužívání příspěvku na péči uváděli dotázaní i další případy:

- *Nenahlášení úmrtí žadatele a stále pobírání pnp na účet.*
- *lidé si zkoušejí podávat žádosti o zvýšení stále dokola a na daný stupeň závislosti nejsou, jen chtějí peníze*
- *při simulaci u sociálního šetření*
- *někteří klienti si přiznání vykřičí na OSSZ*

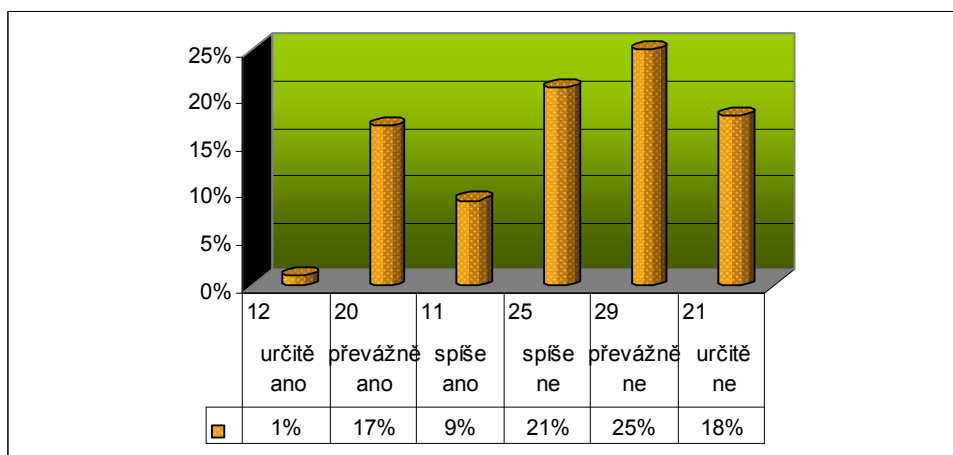
Sociální pracovníci definovali zvláště závažné případy zneužívání příspěvku na péči v souvislosti s hospitalizací osob ve zdravotnickém zařízení.

- na žádost rodiny přerušena hospitalizace těžce nemocného klienta ve IV.stupni na pár dní na přelomu měsíce, následně klient pečující osobou opět odvezen do nemocnice – dle zákona musí být pnp vyplacen za dva měsíce(24 000 Kč), přestože rodina pečovala cca 4 dny (pečující osoba toto učinila záměrně a pokusila se věc opakovat)
- klient je celý měsíc v nemocnici a rodinní příslušníci si ho vezmou domů na týden, aby nepřišli o příspěvek
- nedávají do poslední chvíle klienta do nemocnice, aby neměli zastavenou výplatu, i když je zdravotní stav špatný, do nemocnice pak jde už jen umřít

28. Zamezení zneužívání příspěvku na péči kontrolou jeho využívání

Zákon o sociálních službách definuje povinnost obecních úřadů s rozšířenou působností provádět kontroly využívání příspěvku na péči. Kontrola je nastavena jako restriktivní opatření, které by zneužívání příspěvku na péči mělo zamezit.

Graf 9: Vnímání kontroly jako nástroje k zamezení zneužívání příspěvku na péči (absolutní četnost)



Zdroj: vlastní výzkum

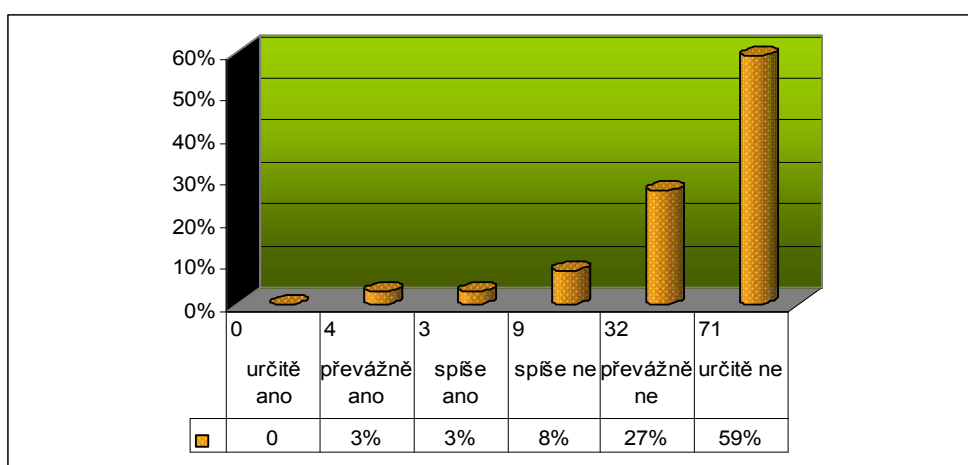
43 respondentů (36 %) se domnívá, že na základě kontroly prováděné sociálními pracovníky lze zamezit zneužívání příspěvku na péči. 75 dotázaných (64 %) nepovažuje tyto kontroly za účelné. V šestibodové škále odpovědí mírně převažovala varianta odpovědi „převážně ne“ (29 x) nad odpovědí „spíše ne“ (zastoupena 25 x). Sociální pracovníci opět ke škálovému ohodnocení přidávali své názory.

- *Mechanismus kontrol využívání pnp je zatím tak bezzubý, že při zjištění nedostatků či nevyužívání v podstatě není šance to těm lidem odejmout.*
- *Částečně ano, pokud si naši domluvu vezme oprávněná osoba tzv. k srdci.*

29. Možnosti provádění kontroly zneužívání příspěvku na péči sociálními pracovníky

Zákon o sociálních službách stanovuje povinnost obecních úřadů s rozšířenou působností¹³ ve smyslu § 29 písm.h) u osob starších 18 let v prvním stupni závislosti, kterým je pomoc poskytována osobou blízkou v plném rozsahu a na základě splnění všech zákonných podmínek, provádět kontrolu využívání příspěvku na péči nejméně jedenkrát za tři měsíce.

Graf 10: Vnímání proveditelnosti kontrol využívání příspěvku na péči (absolutní četnost)



Zdroj: vlastní výzkum

Jak vyplývá z odpovědí respondentů, plnění této zákonem dané povinnosti, považují sociální pracovníci téměř za nemožné. Pouze 7 respondentů (6 %) se domnívá, že zřejmě bude moci provádět kontroly ve stanoveném rozsahu. Varianta „určitě ano“ nebyla v odpovědích vůbec zastoupena. Na šestibodové škále odpovědí dominovala varianta „určitě ne“ se zastoupením 71 respondentů (tj. 59 %). Následovala odpověď „převážně ne“ (32 x). V návaznosti na otázku č. 14 (počty osob v prvním stupni závislosti) je zřejmé, že pokud nedojde k početnímu navýšení pracovníků, jsou jejich obavy zcela opodstatněné. Přidané slovní komentáře podporovaly názor respondentů.

- § 29 odst. 1 písmeno h) – časově není možné provést kontrolu 1x za 3 měsíce u 106 osob a zároveň zpracovávat ostatní žádosti 29 šetření 29 posudky
- Při množství spisů, která má na našem úřadě každá pracovnice určitě ne!
- Sami kontrolu neprovádíme – máme kontrolní oddělení (dva kolegy, kteří mají i jinou náplň práce)

¹³ účinnost tohoto ustanovení není dosud v platnosti, byla odložena od 01.01.2011

- *Ani teď kontroly vůbec neprovádíme, máme problém stihnout šetření k novým žádostem*

30. Počty prováděných kontrol využívání příspěvku na péči

Obecní úřad s rozšířenou působností je dle § 29 zákona o sociálních službách povinen kontrolovat využívání příspěvku na péči. V současné době není legislativně předepsán počet kontrol a je tak zcela na zvážení úřadů, kolik kontrol budou provádět. Systém nastavení se tak výrazně u jednotlivých úřadů odlišuje. Lze konstatovat, že vychází především z personálních možností, tedy počtu pracovníků, kteří agendu příspěvku na péči vykonávají a z objemu jejich agendy, tedy především počtu příspěvků, které vyplácejí. Některé z úřadů mají počet kontrol nastaven vnitřním ujednáním, především pokynem nadřízeného pracovníka. Nejsou však výjimkou úřady, kde se kontroly využívání příspěvku na péči neprovádějí vůbec, popř. pouze v situacích, kdy jsou na zneužívání příspěvku popř. na nedostatečnou péči o klienta přímo upozorněni.

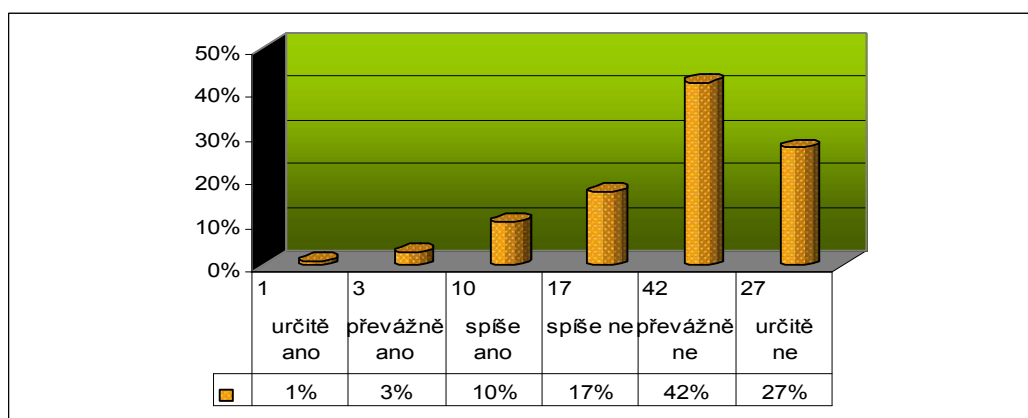
- *Jen výjimečně, pokud někdo nahlásí, že dochází k zneužívání apod., max. 1 za měsíc*
- *Vzhledem k nedostatku času provádím kontrolu využívání příspěvku pouze v rámci soc. šetření při podání žádosti o zvýšení příspěvku nebo při šetření v rámci zahájeného řízení u konce platnosti zdravot. posudku nebo při nějakém oznámení o neposkytování péče.*

Nejvyšší údaj o počtu prováděných kontrol byl 20. V průměru je úřady prováděno měsíčně 6 kontrol využívání příspěvku na péči.

31. Sociální služby definované zákonem o sociálních službách

Zákon o sociálních službách definuje široké spektrum sociálních služeb.

Graf 11: Vnímání potřeby vymezení dalších sociálních služeb (absolutní četnost)



Zdroj: vlastní výzkum

V šestibodové škále odpovědí od „určitě ano“ po „určitě ne“ měla nejvyšší zastoupení odpověď „převážně ne“ (42 x). Dotázané osoby v převážné míře nevidí potřebu vymezení dalších sociálních služeb, definované služby považují za dostatečné, variantu odpovědi „ne“ preferovalo 86 respondentů ze 100 odpovídajících.

32. Specifikace sociálních služeb, které nejsou definovány zákonem o sociálních službách

Respondenti se zamýšleli nad smyslem jednotlivých služeb, nad systémem jejich fungování. Domnívají se, že zákon o sociálních službách definuje služby dostatečně, sociální pracovníci převážně nepostrádají další typy sociálních služeb, ani nepovažují žádné za nadbytečné.

- *Služby jsou popsány dostatečně, ale standardy svazují variabilitu služeb, které dříve dle selského rozumu fungovaly. Bylo by potřebné rozlišit i velikost aglomerace, ve které je služba poskytována a umožnit v menších městech kombinace.*
- *pokud jsou zde hospice nově uvedeny přidala bych i LDN, ačkoliv jsou zdravotnického rezortu*
- *Sociální poradenství bych rozšířila, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež a průvodcovské a předčitatelské služby asi moc v praxi nevyskytují.*

Sociální pracovníci spíše upozorňovali na nedostatečné zastoupení služeb v jednotlivých regionech, zejména v malých obcích.

- *Nejde ani tak o chybějící vymezení v zákoně, jako o chybějící faktická zařízení v našem kraji. Já například velmi postrádám odlehčovací službu, jako pomoc pro pečující osoby.*
- *chybí respitní péče, služba hlídání v nočních hodinách*
- *nikdo se nestará o pečující osoby, taky chtějí je na dovolenou, nebo třeba jít do kina, nemají se s kým poradit, popovídat*
- *záleží na kraji – v našem kraji jsou služby docela omezené, ale v malé míře prakticky všechny zastoupeny*
- *to souvisí s konkrétním stavem v jednotlivých správních územích, služby nejsou rozšířené v malých obcích, na vesnicích*

33. Zajištění sociální služby osobě v tíživé životní situaci

Na základě § 92 písm. a) zákona o sociálních službách je obecní úřad obce s rozšířenou působností povinen osobě ohrožení na životě či zdraví zajistit poskytnutí sociální služby

v nezbytném rozsahu. Respondenti jmenovali postupy, které jejich úřady činí pro zajištění této pomoci.

- *máme na to specialistku, která řeší výborně takové akutní případy, spolupracuje s institucemi, má ku pomoci 2 pracovnice na veřejně prospěšné práce*
- *tato situace není častá, pokud se tato situace vyskytne, snažím se kontaktovat rodinu dané osoby a zjistit jejich přístup k eventuální pomoci, dále lze požádat o umístění klienta do nemocničního zařízení typu LDN, kontaktovat vhodné sociální služby a domluvit umístění nebo poskytnutí vhodné sociální služby*
- *spolupráce se soc. pracovníci (nedávková agenda), která spolupracuje se zařízeními ve Zlínském kraji a pracuje na umísťování těchto osob*
- *Neměla jsem zkušenost při této vyhraněné situaci. Spíše jsem zažila kdy klientka byla šikanovaná ze strany pečujících osob, (nedávali ji najíst, nepečovali) tam jsem působila jako mediátor při přemísťování klientky do domova důchodců.*
- *Vždy když se o takovém případě dozvíme, urychleně se za klientem rozjedeme a domluvíme se s poskytovatelem rezidenčních sociálních služeb o přednostním umístění klienta do jeho sídla nebo okamžitě zajistíme poskytnutí nejnutnější péče místní pečovatelskou službou, charitou*
- *Většinou to řešíme tak, že nejprve zjistíme, zda osoba potřebuje ústavní péči a nebo postačí péče v domácím prostředí. Pokud stačí domácí péče, tak zajistíme pečovatelskou službu (rozvoz jídla, úklid, donáška nákupů), popř. agenturu domácí péči, pokud to vyžaduje zdravotní stav. Jestliže klient vyžaduje ústavní péči, necháme jej vyšetřit praktickým, popř. odborným lékařem a následně osobu necháme odvézt do nemocnice, nebo do psychiatrické léčebny, neboť hrozí újma na zdraví.*

Nikdo z dotázaných nezmínil, že by využil možnosti poskytnutí dotace na zajištění uvedené povinnosti ve smyslu § 103 zákona o sociálních službách, byla však opakovaně uváděna dávka pomoci v hmotné nouzi - mimořádná okamžitá pomoc.

- *obecní úřad poskytuje potřebnou pomoc v případě ohrožení života a to buď zprostředkováním hospitalizace, ubytování, zajištění potřebné lékařské pomoci, mimořádné finanční dávky*
- *Oddělení pomoci v hmotné nouzi mohou vypomoci jednorázovou dávkou- naše oddělení zprostředkuje pomoc peč. služby*

V neposlední řadě je preferováno zajištění zdravotní, nikoli sociální služby a situaci sociální pracovníci řeší prostřednictvím lékařů a hospitalizací v lůžkových zdravotnických zařízeních.

- *Dochází k okamžitému řešení ve spolupráci s poskytovateli služeb. Potíže jsou především se spoluprací s lékaři, psychology apod. V této oblasti vládne neochota a nejasný stav co v takovém případě lékař smí či má. Panuje všeobecný názor, že „sociálka“ může vše, ovšem lékař žádné povinnosti a ani možnosti jak pomoci nemá.*
- *snažíme se kontaktovat zařízení sociálních služeb, které by bylo schopno zajistit potřebnou péči a pokud není takového zařízení kontaktujeme zdravotnická zařízení a lékaře (ošetřujícího, odborného – např. psychiatra)*
- *v takovém případě se spojíme s praktickým lékařem klienta a ve spolupráci s ním se snažíme najít umístění pro danou osobu v nemocnici nebo nějakém zařízení, které poskytuje potřebnou pomoc a péči*
- *Klientovi se poskytne okamžitá pomoc převážně tím ,že se odveze do zdravotnického zařízení nebo nemocnice následné péči.*

Z výpovědí respondentů je zřejmé, že zajištění poskytnutí služby je odvislé od regionálního rozmístění sociálních služeb a spolupráce s jednotlivými poskytovateli.

- *§92 - chodíme do rodiny-rozhovor, pozorování a zjišťujeme, zda je možné klienta vrátit do domácího prostředí, popřípadě poradíme rodině, jaké služby se v okolí nacházejí, které jsou pro daný případ vhodné, které nikoli (katalog poskytovatelů soc. služeb)*
- *Umístěním ve zdravotnickém zařízení se sociálním lůžkem, případně využití azylových zařízení, léčeben dlouhodobě nemocných nebo odlehčovacích služeb, případně krizových lůžek*
- *Taková služba naším úřadem není poskytována. V těchto případech se snažím ihned kontaktovat a zajistit pečovatelskou službu, ošetřujícího lékaře apod.*
- *spolupráce s obecním úřadem místa bydliště oprávněné osoby*
- *Pokud nás osloví zdravotnické zařízení, že taková osoba je propouštěna z nemocnice, kontaktujeme ČČK (smluvně zajišťuje pro město peč.službu) nebo ošetřovatelskou agenturu, my vyřizujeme žádost, hned po propuštění provedeme sociální šetření atd.*
- *Pečovatelská služba, dím s pečovatelskou službou (jsou příspěvkovými organizacemi města, ale chybí návaznost na domov seniorů. Využíváme služeb zařízení sociální péče v rámci kraje. Problém je, když situace vyžaduje okamžité řešení , umístění klienta v zařízení.*

34. Stanovení úhrady za stravu a péči nezletilých dětí s nařízenou ústavní výchovou

Zákon o sociálních službách prostřednictvím § 74 odst.2 ukládá obecním úřadům obcí s rozšířenou působností stanovit úhradu za stravu a péči dětí, jsou-li umístěné do domova pro osoby se zdravotním postižením na základě rozhodnutí soudu o nařízení ústavní výchovy nebo předběžného opatření.

Pracovníci popsali své zkušenosti a vyjádřili své názory na uvedený systém. Lze konstatovat, že se respondenti shodují v tom, že rodiče dětí s nařízenou ústavní výchovou by vyživovací povinnosti ke svým dětem neměli být zbaveni.

- *Rodiče by měli být povinni uhradit byť jen malou částku a to i tehdy , pokud jsou nezaměstnaní a příjem nemají, mělo by jim to být umožněno formou veřejně prospěšné činnosti, vykonané práce .A pokud tuto vykonají, půjdou fin. prostředky na služby, které jsou poskytovány jejich dětem. Pokud takovou činnost odmítnou, měla by jim být snížena sociální dávka na minimum, a ne jak doposud, mohou tuto veřejnou činnost odmítnout a zůstane jim sociální dávka byť nízká, ale zřejmě stále dost vysoká, za kterou jim stojí tuto práci odmítnout a někde si načerno přivydělat.*
- *Stanovila bych povinnost i osobám, které jsou příjemcem dávek pomoc v Hn, alespoň v určité části, z 1/3*
- *u ležících dětí, které jsou sondovány, je úhrada za stravu nadhodnocená, dítě nepřijímá tolik stravy jako dítě jinak postižené*

Rovněž se však shodují v tom, že rozhodování v uvedené věci je pro pracovníky obecních úřadů obcí s rozšířenou působností problematické, systém je zbytečně složitý, v praxi jen těžko realizovatelný.

- *Naprostu legislativně nedořešeno, nejednoznačné pokyny z MPSV a Kraje mnohdy naprosto odlišné stanoviska. Je to „právní paskvil“*
- *chybí metodické vedení ze strany MPSV i KÚ, KÚ není schopen poskytovat potřebné informace, doposud nebyla jediná pracovní porada k této problematice, vše pouze po konzultaci s JUDr. Rážovou, rozpory v informacích získaných na MPSV a KÚ*
- *Úhrada by měla být stanovena smlouvou mezi poskytovatelem sociální služby a zákonným zástupcem, opatrovníkem. Nelíbí se mi, že do tohoto vztahu vstupuje obecní úřad obce s rozšířenou působností.*
- *Nelíbí se mi, že k tomuto nebyl vydán žádný metodický pokyn ze strany MPSV jaký přesný postup zvolit. To samé platí i § 91 odst. 6. do dnešního dne nemáme žádné přesné pokyny jak postupovat.*
- *Rozhodně se nám nelíbí, že rozhoduje ORP – rodiče nekomunikují, náročná administrativa (např. neúspěšné doručení, doručení veřej.vyhláškou apod.); ještě jedno*

neskončí, sníží či zvýší se přídavek na dítě a jedeme ve správním řízení nanovo. (někdy mi to připomíná v tomto začarovaném kolotoči příspěvek na výživu)

- *problém je v tom, že to nikdo na celém odboru nechce dělat, u nás provádí pracovníce na hmotné nouzi*
- *Dle mého názoru by tuto agendu měly vyřizovat sociální pracovníce OSPODU, mají větší přehled o činnostech rodičů, o výdělcích a jiné důležité informace pro určení úhrady za stravu a péči.*

Převažoval názor, že stanovení této úhrady by mělo provádět přímo zařízení, ve kterém je dítě umístěno.

- *Dle našeho názoru to nám vůbec nepřísluší, připomínkovali jsme tu již dvakrát u ministra, mělo by si to zařízení samo stanovit, copak stanovit není tak hrozné, i když dá dost práce hledat mnohdy nezvěstné rodiče či rodiče ve výkonu trestu ale horší bude ty částky, které nám vlastně nenáleží vymáhat*
- *Podle mého názoru by tato záležitost měla spadat do působnosti jednotlivých domovů, nikoli úřadů. Rozhodnutí zhotovujeme my, pracovníci příspěvku na péči, což je podle mě nesmyslné.*

Dále pracovníci navrhovali, aby úhradu stanovil soud při nařízení ústavní výchovy, analogicky jako u stanovení výživného na dítě.

- *Dle mého názoru o výši úhrady za stravu a péči by měl rozhodovat příslušný soud. Jestliže je soudem nařízena ÚV nebo PO považují za správné, aby stát převzal i úhrady ve smyslu tohoto paragrafu.*

V odpovědích respondentů, dále zaznělo, že úhradu za stravu a péči by měl stanovat příslušný krajský úřad. Pouze jeden respondent vyjádřil svoji spokojenost se stávajícím paragrafovým zněním.

- *Právní úprava je dostatečná a vyhovující.*

35. Postup správního orgánu ve věci stanovení úhrady za stravu a péči

Rozhodování o stanovení úhrady za stravu a péči je vedeno ve správním řízení, kde zařízení, ve kterém je dítě umístěno, nemá statut účastníka řízení. Podnět ke stanovení úhrady však dávají právě tato zařízení a rozhodnutí vyžadují pro případná soudní jednání. Otázku zodpovídalo 44 respondentů, kteří se problematikou zabývají, příp. znají postup úřadu, ve kterém působí. 75 % z nich (33 osob) rozhodnutí předává domovům pro osoby se zdravotním postižením, ačkoli na ně nemají právní nárok. 25 % respondentů (11

odpovědí) rozhodnutí nepředává. Pracovníci dále uváděli postupy jednotlivých úřadů v praxi.

- *ano, rozhodnutí jim posíláme po konzultaci s krajským úřadem*
- *z MPSV nám přišel pokyn, že zařízení (statutární zástupce) není účastníkem řízení, nicméně dáváme řediteli na vědomí, jakou úhradu jsme stanovili, aby věděl co má očekávat, od rodičů to totiž nedostane*

5. Diskuse

Zákon o sociálních službách výrazně zasáhl do celého systému sociální péče České republiky, je tedy přirozené, že se již v krátké době po jeho vstupu v platnost objevila řada otázek, námětů ale i nedostatků. Z důvodu vysoké aktuálnosti bylo téma zákona o sociálních službách zvoleno i pro tuto rigorózní práci.

Dle Michalíka (38) některé ze vzniklých problémů nebylo možno při přípravě zákona očekávat, jiné naopak ano. Po uvedení zákona do praxe se uskutečnila celá řada konferencí a seminářů, v jejichž rámci bylo diskutováno o jednotlivých problémových okruzích zákona. Průša, Michalík (38, 61) a další autoři se shodují, že na prvním místě je nutno uvést situaci v oblasti **příspěvku na péči**.

Michalík (38) prezentuje názor uživatelů sociálních služeb, kteří se ihned po náběhu nového systému setkali s velkými problémy již v proceduře přiznávání příspěvku. Na prvním místě uváděli **dlouhé termíny**, kde výjimkou nebyl ani jeden rok jeho vyřizování a dále velmi **nízkou úroveň znalostí pracovníků** obecních úřadů vykonávajících sociální šetření zpravidla v domácnosti žadatele o příspěvek. S tímto názorem autorka práce souhlasí, absentovala příprava pracovníků obecních úřadů obcí s rozšířenou působností ze strany nadřízených orgánů. Pracovníci neměli možnost zúčastňovat se školení či seminářů, neobdrželi předem žádné metodické návody či doporučení, jak postupovat při sociálním šetření ani jakým způsobem realizovat řízení o přiznání zcela nové sociální dávky.

Průša (61) upozorňuje, že **počet příjemců příspěvku na péči vzrostl** v porovnání s počty příjemců transformovaných dávek (příspěvek při péči o blízkou nebo jinou osobu a zvýšení důchodu pro bezmocnost) o cca jednu třetinu, na tuto skutečnost však nebylo pamatováno při stanovení doporučeného počtu pracovníků jednotlivých obcí s rozšířenou působností. Po zavedení nového systému na jednoho sociálního pracovníka připadlo 450 až 600 žadatelů o příspěvek, přičemž relace doporučené Světovou bankou a Mezinárodním měnovým fondem počátkem 90. let hovořily o poměru 1:100 (61). Dle šetření autorky práce v současné době na jednoho pracovníka připadá v průměru cca 350 příjemců příspěvku. Počty jsou však značně rozdílné od personálního obsazení jednotlivých úřadů, není výjimkou i 500 až 550 uváděných příjemců příspěvků na jednoho pracovníka. Úřady, kde mají pracovníci na starosti nižší počty příspěvků, než je zmíněný průměr, zabezpečují často i výkon další agendy, většinou dávek pro osoby se zdravotním postižením, péči o osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům apod.

Od zavedení nového systému byla dle Průši (61) rovněž kriticky hodnocena technická připravenost celého systému - nedostatečná doba pro seznámení s počítačovým

programem, řada nevhodně stanovených položek v rámci žádosti o přiznání příspěvku na péči, logická neprovázanost některých kroků v rámci počítačového programu, nemožnost získat analytické výstupy z programu. V tomto smyslu bylo proto doporučeno zvýšit **příspěvek na výkon státní správy** tak, aby se mohly zvýšit počty sociálních pracovníků v obcích s rozšířenou působností, a urychleně reagovat na připomínky, které byly vznášeny ke kvalitě počítačového programu a technickému zabezpečení systému (61). Obtíže se softwarovým vybavením zjištění autorky potvrzuje. OK systém, ve kterém je realizována agenda příspěvku na péči, ale i dávek pomoci v hmotné nouzi, ani po více než třech letech svého provozu dosud plně nezabezpečuje veškeré potřebné funkce. Na změny legislativy software reaguje se zpožděním, je nepružný, často dochází k výpadkům celého systému. Zkušenosti pracovníků sociálních odborů s OK systémem jsou tak negativní, že někteří z nich odmítají bezhotovostní platby příp. poukázky na nákup sociálních služeb pouze z obavy, že správce systému opětovně nezajistí příslušné technické podmínky. Potíže s technickou realizací a přílišný počet žadatelů na pracovníka dle autorky snižuje možnosti poskytnout jednotlivým klientům kvalitní službu.

Rovněž Šveřepa (80) upozorňuje, že sociální pracovníce nemají prostor a čas na individuální práci s klientem. Posuzování provádí podle předem stanoveného formuláře a tím jejich aktivita končí. Někde s jedním žadatelem pracují dvě pracovníce - jedna obstarává administrativu, druhá vyjíždí na terénní šetření, aby jich stihla co nejvíce. Tento postup považuje Šveřepa za absurdní, se sociální prací nemá mnoho společného. Sociální práce se dostává do role, kdy stojí mezi člověkem a penězi, příspěvkem na péči (80). Zabezpečení agendy příspěvku na péči dvěma pracovníky není postup zcela běžný, avšak není ani výjimečný. Pracovnice zařazené jako **administrátorky** vedou celé řízení o příspěvku na péči, **terénní pracovníce** provádějí pouze sociální šetření. K tomuto postupu se přiklánějí úřady ze dvou důvodů, jedním je nedostatek pracovníků splňujících kvalifikační požadavky stanovené pro výkon profese sociálního pracovníka ve smyslu § 110 zákona o sociálních službách. Druhým důvodem je fakt, že administrátorky jsou zařazené v nižší platové třídě a úřady tak zároveň spoří finanční prostředky. Autorka jednoznačně souhlasí s názorem, že tento systém je pro práci s klientem zcela nevhodný, dochází k popírání vlastního smyslu sociální práce. Střídáním pracovníků nevzniká možnost navázání vztahu, získání důvěry. Pro stanovení stupně závislosti a zjištění nároku na příspěvek na péči, musí posuzovaná osoba sdělit údaje osobního, často intimního charakteru, týkající se zdravotního stavu, osobních potřeb, ale i rodinných poměrů, vztahů

apod. Tyto informace tak předává při jediném setkání při sociálním šetření úplně cizímu člověku.

Venglářová (85) popisuje různé zábrany, které se na straně klienta se objevují. Neochota komunikovat, nedůvěra, obavy, jak bude s informacemi naloženo. O řadě věcí se v generaci dnešních seniorů nemluví. Tabu bývá oblast sexuality, intimních záležitostí, ale například i financí či nepříjemností v rodině. U klientů, kteří komunikují otevřeně, vzniká snáze pouto mezi nimi a pracovníky. Pak se daří otevřít hovor i na závažné téma. Venglářová dále upozorňuje, že aktuální stav poznamenává všechny naše projevy. U osob trpících fyzickými obtížemi, bolestmi, zdravotními komplikacemi, klesá ochota udržovat společenskou rovinu komunikace. Negativně se projeví i únava, stres, úzkost (85).

Pracovníci obecních úřadů obcí s rozšířenou působností se při rozhodování ve věci přiznání příspěvku na péči v naprosté většině případů **přiklání k závěru posudkového lékaře**, nikoli k vlastním zjištěním při sociálním šetření. Tento postup je pracovníkům některými autory vytýkán. Dle Michalíka (38) měla původně právní úprava v části posuzování způsobilosti fyzické osoby zvládat úkony soběstačnosti a úkony péče o vlastní osobu zajistit, aby přístup k provádění hodnocení byl v celém státě jednotný, spolehlivý a na patřičné odborné úrovni. Rovněž bylo záměrem snížit úlohu medicínské složky posuzování a zvýšit roli sociálního šetření, které má reálně zhodnotit schopnosti daného žadatele (38). Naopak, na úkor provedených místních sociálních šetření, se role posudkových lékařů neúměrně zvyšuje. Poslední novela zákona stanovila povinnost uvádět do rozhodnutí výsledek posouzení stupně závislosti s uvedením úkonů, které osoba dle okresní správy sociálního zabezpečení není schopna zvládat. Tím se ještě více posunuly faktické rozhodovací pravomoci v posuzování závislosti na posudkovou službu okresní správy sociálního zabezpečení. Jestliže původní představy tvůrců zákona směřovaly k rozhodující roli „sociálních - místních“ šetření, které měly prokázat skutečnou schopnost osoby zvládat dané úkoly v přirozeném sociálním prostředí, současné znění zákona dle Michalíka více nahrává rozhodováním „od zeleného stolu“ (37).

Z šetření autorky vyplynulo, že správní orgány při rozhodování jednoznačně upřednostňují závěr posudkového lékaře před výsledkem sociálního šetření. Spíše ve výjimečných případech výrazné neshody mezi oběma závěry, zvažují správní orgány možnost rozhodnutí dle závěru sociálního pracovníka. K tomuto kroku přistupuje pouze 6,6 % z pracovníků, kteří se zapojili do dotazníkového šetření. Dva z respondentů uvádějí, že ve sporných případech rozhodují, ke kterému ze závěrů se přikloní, ačkoli sami jsou pouze administrativními pracovníky a sociální šetření neprovádějí. Dochází tak k absurdní

situaci, kdy o přiznání příspěvku na péči nerozhodují ani erudovaní sociální pracovníci, ani posudkoví lékaři, ale úředníci, kteří žadatele o příspěvek na péči nikdy neviděli.

Dle názoru autorky je rozhodování pracovníků vedoucích řízení o příspěvku na péči dle závěru posudkového lékaře postup zcela pochopitelný, svědčí o zodpovědném přístupu pracovníků k vlastnímu rozhodování. Sociální pracovník své poznatky získává většinou z jedné návštěvy posuzované osoby, příp. z jednání na úřadě při podání žádosti, občasně využije osobní znalosti rodiny z předchozích jednání. I když si pro sociální šetření snaží vymezit dostatečný časový prostor, a schopnost zvládnání alespoň některých úkonů si ověřit praktickými ukázkami přímo při sociálním šetření, nelze objektivně zhodnotit závislost osoby z jediného kontaktu. Stěžejní metodou sociálního pracovníka při sociálním šetření je rozhovor a pozorování, pracovník je odkázán na sdělení posuzované osoby, případně na výpovědi pečujících osob. V některých případech si žadatelé a rodinní příslušníci jsou velmi dobře vědomi skutečnosti, že získání příspěvku, tedy finančního ohodnocení, je vázáno na **prokázání nemohoucnosti, nesoběstačnosti, závislosti**. V dalších případech mají pečující osoby, obzvláště matky nezletilých dětí, hyperprotektivní přístup k pečované osobě. Nepodporují soběstačnost osoby, naopak se snaží „ulehčit“ jí život tím, že za ni vše vykonávají. Další osoby, především muži, se naopak stydí za svou nesoběstačnost a závislost na dalších osobách a snaží se ji popírat. Sociální pracovníci mají k dispozici pouze svá zjištění, posudkový lékař vychází z více informací. Kromě zprávy sociálního pracovníka má k dispozici kompletní zdravotní dokumentaci, může si vyžádat další odborná vyšetření příp. provést vlastní vyšetření zdravotního stavu.

Podkladem pro vydání rozhodnutí o příspěvku na péči je **sociální šetření a posouzení stupně závislosti**. Králová a Rážová (28) konstatují, že zákon o sociálních službách nestanoví, který z těchto důkazních prostředků je pro obecní úřad obce s rozšířenou působností závazný, proto dle § 50 odst.4 správního řádu hodnotí tyto důkazy podle své úvahy. V odůvodnění rozhodnutí však musí být uvedeny důvody výroku rozhodnutí a úvahy, kterými se správní orgán řídil při jejich hodnocení. Králová s Rážovou apelují na podmíněnost poskytování příspěvku na péči dlouhodobým nepříznivým zdravotním stavem, a jednoznačně upřednostňují rozhodování dle výsledku posouzení stupně závislosti posudkovým lékařem. Pokud se uvedené podklady pro rozhodnutí zásadně odlišují, měl by obecní úřad obce s rozšířenou působností provést dokazování opětovně (28).

Na trvalý problém rozporu mezi výsledkem sociálního šetření a výsledkem posudkového lékaře poukazuje i kancelář veřejného ochránce práv. Zatímco v případě

rozhodování o invalidním důchodu musí lékař žadatele vidět a prohlédnout, v rozhodování o příspěvku na péči je v přímém kontaktu s žadatelem pouze sociální pracovník, jehož zjištění jsou podkladem pro lékařskou posudkovou službu. Posudkový lékař pak vychází pouze z písemných podkladů a lékařských zpráv. Uvedená metoda posuzování zabraňuje posudkovým lékařům s ohledem na nedostatečnou znalost věci dojít ke zohlednění všech důsledků diagnózy na konkrétní osobu (87). Koldinská se domnívá, že postoj lékařů posudkové služby je autoritářský a v nedostatečné míře zohledňuje názor odborných lékařů, kteří mají klienta v dlouhodobé péči (25).

I když je zřejmé, že výsledek posouzení stupně závislosti a závěr sociálního šetření nemusí být vždy totožný, Wernerová vnímá vyjádření sociálního pracovníka jako relevantní podklad pro závěr posudkového lékaře (91). Z šetření autorky vyplývá, že **spolupráce mezi posudkovými lékaři a sociálními pracovníky** se liší dle regionů. Někteří sociální pracovníci se domnívají, že posudkoví lékaři závěry sociálních šetření nevnímají jako plnohodnotný podklad pro stanovení stupně závislosti, někdy jej dokonce ignorují. Naopak jinde je spolupráce na velmi dobré úrovni, dochází dokonce ke schůzkám, kdy si lékař a sociální pracovníci vzájemně ujasňují a upřesňují postup posuzování. Avšak protože tyto schůzky nejsou na celostátní úrovni, kritéria posuzování se mohou v jednotlivých regionech lišit. Autorka práce vidí přístup posudkových lékařů k závěrům sociálních šetření jako **značně individuální**, odvislý především od osobnostního přístupu lékaře, zda sociálního pracovníka v posuzovacím procesu vnímá jako partnera. Jako vhodné řešení autorka práce vidí společné komise sociálních pracovníků a posudkových lékařů při stanovení stupně závislosti. Při společném zhodnocení žádostí o příspěvek by docházelo ke konfrontaci jednotlivých podkladů a zjištění, čímž by stupeň závislosti mohl být stanoven s větší mírou objektivit. Tento způsob vyžaduje dostatečné personální zajištění jak pracovníků vykonávajících agendu příspěvku na péči, tak posudkových komisí.

Rovněž Michalík (37) poukazuje, že posuzování úkonů v rámci celé České republiky není jednotné. Po prvním roce účinnosti zákona považoval za vhodnější variantu pěti stupňů závislosti, která by lépe umožnila diferencovat mezi náročností péče o jednotlivé skupiny občanů (37). Průša (60) poukazuje na provedené expertní rozhovory, ze kterých vyplývá, že stávající způsob hodnocení míry závislosti umožňuje objektivně zhodnotit sociální situaci především tělesně postižených osob a seniorů, avšak neumožňuje objektivně zhodnotit potřeby osob s mentálním a psychickým postižením a nevidomých jedinců (60). Stejně závěry vyplývají ze zprávy kanceláře ombudsmana. Osoby trpící

duševní nemocí nebo mentálním postižením jsou skupinou, u níž dochází poměrně často k chybám v posouzení. Sociální pracovníci i posudkoví lékaři při vyhodnocování jejich soběstačnosti a schopnosti vykonávat úkony péče o vlastní osobu velmi často podceňují nutnost pomoci nebo alespoň dohledu další osoby. Duševně nemocní či mentálně postižení jedinci jsou v mnoha případech schopni posuzovaný úkon fyzicky zvládnout, ale nejsou sami schopni rozpoznat potřebu takového úkonu (87).

Dále Michalík (38) upozorňuje, že i při respektování pravidel posuzování existují celé skupiny občanů, kteří byli dřívějším systémem uspokojeni, pobírali příspěvek při péči o blízkou nebo jinou osobu, avšak nárok na příspěvek na péči jim nevzniká. Jedná se zejména o děti stížené onemocněními vyžadujícími regulaci příjmu stravy formou určité diety (cystická fibróza, fenylykentonurie atd.). Dále se v kritériích hodnocení jen těžce nacházejí občané stížení některými civilizačními chorobami např. kardiaci či onkologičtí pacienti (38).

Dle názoru autorky práce, nastavení konstrukce jednotlivých úkonů soběstačnosti a péče o vlastní osobu tak, aby schopnosti žadatele zabezpečit činnost byly hodnoceny **komplexně**, není vhodné. V mnoha posuzovaných úkonech se zároveň testují předpoklady fyzické i psychické. Tímto uspořádáním dochází k tomu, že za nejvíce závislé jsou považováni ti lidé, kteří mají tělesné, zejména **pohybové postižení**. Posuzovaná osoba není bez schopnosti lokomoce schopna zvládat naprostou většinu hodnocených úkonů. Úkony, které by měly testovat orientaci žadatele rovněž zahrnují prověrku pohybových schopností. Přitom při plném zachování mentálních funkcí, není často osoba schopna přemístit se za sociálními aktivitami, není schopna dosáhnout cíle své cesty, opustit domácnost či zařízení apod.

Další problémovou oblastí jsou úkony spojené se zabezpečením domácnosti, např. péče o prádlo je rozdělena do třech různých úkonů. Činnosti spojené s chodem domácnosti, se obtížně hodnotí u mužů, někteří z nich tyto práce nikdy nevykonávali ani za svého aktivního života. Dle závěrů *Moravskoslezské studie – Senioři ve společnosti, Strategie zachování osobní autonomie* (77) mají muži tendenci počítat s manželčinou pomocí i tehdy, nejsou-li fyzicky nikterak handicapováni a pokud určitou činnost nechápu jako svého koníčka. U mnohých je zřetelný tradiční vzor dělby práce (77). Sociální pracovník při zjišťování míry závislosti musí přihlídnout ke skutečnosti, že nejsou limitováni žádným zdravotním postižením, a činnosti hodnotit jako zvládnuté, přestože je ve skutečnosti bez pomoci jiné osoby nezvládají.

V současné době stále dochází k výplatám příspěvku na péči osobám, které jej získaly tzv. automatickým překlopením bezmocností. Většina těchto případů nebyla následně nikdy přehodnocována, pracovníci sociálních odborů poukazují na skutečnost, že velká část těchto osob by podmínky nároku na příspěvek nesplnila. S tím souhlasí Průša, který rovněž doporučuje přehodnotit míru závislosti těchto osob **(60)**.

Při sociálním šetření se pracovníci řídí prováděcí vyhláškou č. 505/2006 Sb., která jednotlivé úkony specifikuje, avšak nebyl k ní vydán žádný závazný výklad či metodický pokyn, který by sociálním pracovníkům nastavil jednotná pravidla posuzování. Nelze tak ovlivnit míru subjektivity, se kterou sociální pracovníci k hodnocení přistupují. Vzhledem k potřebě nastavit **jednotný systém posuzování** sociálními pracovníky je jedním z výstupů této rigorózní práce zpracování metodického návodu, jak postupovat při sociálním šetření, resp. jak přihlížet k hodnocení jednotlivých úkonů soběstačnosti a péče o vlastní osobu.

Žárský **(99)** uvádí, že posudková kritéria u osob mladších 18 let nejsou ve všech případech vhodná pro objektivní zhodnocení dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a potřeby péče **(99)**. Zástupkyně ombudsmana se rovněž domnívá, že stávající bodový systém se jeví jako neodpovídající k postižení problematiky stavu v širších souvislostech především u dětí a osob duševně nemocných, či mentálně postižených. Jako nejčastější důvod nepřiznání odpovídajícího příspěvku na péči vidí nezohlednění všech aspektů zdravotního stavu a soběstačnosti žadatele. Jako příklad uvádí v poslední době medializované případy dětí s diabetem **(87)**.

Ze šetření autorky práce vyplývá, že rovněž někteří sociální pracovníci považují posuzování dětí stávajícím systémem, tedy hodnocením jednotlivých úkonů, za neodpovídající. Tento způsob nemůže plně postihnout potřebu specifické péče o děti. Respondenti neprojevili souhlasný postoj ke snížení počtu úkonů v prvním stupni závislosti u osob mladších 18 let z šesti na pět. Někteří respondenti navrhovali bodový systém u dětí zcela zrušit a nahradit systémem přiznávání dle diagnóz, tak jako je tomu např. u mimořádných výhod.

Šveřepa **(80)** zdůrazňuje nutnost **individuální práce** s každým příjemcem příspěvku na péči. Klade důraz na důkladné posouzení životní situace, zvážení možných způsobů pomoci, v čem může pomoci rodina a v čem sociální služba, jakým způsobem přistupovat k pomoci, jak kombinovat pomoc rodiny a sociální služby, jak nakládat s přiznanou dávkou **(80)**.

Autorka práce se domnívá, že systém posuzování by měl být jednotný a to jak u dětí, tak u osob starších 18 let. Stávající nastavení posuzování závislosti považuje za příliš složité

(36 úkonů péče o vlastní osobu a soběstačnost zahrnuje 131 hodnocených činností) a nevalidní především z důvodu komplexně pojatých úkonů. Jako vhodnější způsob zjištění závislosti na pomoci jiné fyzické osoby vidí autorka systém posuzování dle metod užívaných ve zdravotnictví a to především Testem základních všedních činností dle Barthelové a Testem instrumentálních všedních činností podle Lawsona a Bodyho **(83)**.

Vysoce aktuální je rovněž otázka financování příspěvku na péči. Vzhledem k napjatosti veřejných rozpočtů, kterou lze v příštích letech očekávat, je současný systém výplaty příspěvku na péči dle Horeckého dlouhodobě neudržitelný. Horecký jej dokonce označuje za luxus, který si Česká republika nemůže dovolit **(15)**. Na tom, že situace dosud není odpovídající, se shodnou obě strany vztahu - tedy stát reprezentovaný svými orgány poskytujícími příspěvek a fyzické osoby, kterým je přiznáván **(38)**. S tímto názorem koresponduje i názor a výzkum autorky.

V oblasti příspěvku na péči je dále diskutovanou otázkou jeho **výše a užití příspěvku**, resp. jeho údajné zneužívání. Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci **(95)**. Tato pomoc není zákonem dále nijak definována. Jak uvádí Zimmelová, Kahoun, zákon nestanovil alespoň minimální požadavky na péči poskytovanou neformálními pečujícími, nelze tudíž vymezit stav, který by mohl být klasifikován jako „nedostatečná, špatná, nekvalitně poskytovaná služba“ **(98)**.

Dle Průši již v prvním roce platnosti zákona bylo zřejmé, že mnoho příjemců příspěvek chápe jako prostředek ke **zvýšení vlastní životní úrovně**, popř. ke zvýšení životní úrovně své rodiny či rodiny svých dětí. Byl prezentován údaj, že cca 75 % finančních prostředků vyplacených na příspěvek na péči se nevrací zpět do oblasti sociálních služeb **(61)**. Tento stav setrvává nadále, důvodová zpráva k novelizaci zákona o sociálních službách z roku 2008 se rovněž opírá o skutečnost, že příjemci příspěvku na péči v mnoha případech vnímají nesprávně účel dávky. Příspěvek na péči vnímají jako odškodnění za jejich zdravotní stav a zvýšení příjmu **(99)**. Vizí MPSV je zajištění účelnějšího využívání příspěvku na péči tak, aby byl striktně využíván k zajištění péče a pomoci, nikoli k uspokojování jiných potřeb **(100)**.

Dle Průši dospěla situace ke stavu, kdy dochází k existenčním problémům řady poskytovatelů sociálních služeb především terénního charakteru **(60)**. Horecký uvádí, že návratnost příspěvku na péči do systému sociálních služeb, resp. registrovaným poskytovatelům je cca 25 - 30 %. Zbylá část přispívá částečně mimo jiné k podpoře neformální péče, ale převážná část celkové objemu výplaty příspěvku na péči, a to zejména v prvním stupni závislosti, není používána na nákup sociálních služeb nebo zajištění péče

o svoji osobu (15). Tento názor zastává i Macela (32), zdůrazňuje, že řadě rodin nový systém zcela jistě pomáhá řešit nelehkou situaci v péči o nesoběstačného člena rodiny, někteří uživatelé však tuto ryze účelovou sociální dávku uchopili jako dobrou příležitost ke zvýšení životního standardu (32). Zimmelová, Kahoun (98) poukazují na současný stav, který ukazuje, že nutnost koupit alespoň vysoce specializované služby pro seniory ve vyšších stupních závislosti někteří rodinní pečovatelé vnímají jako nadbytečnou a sami se stávají odborníky a to bez předchozí přípravy (98).

Z výzkumu autorky práce vyplývá, že sociální pracovníci obecních úřadů obcí s rozšířenou působností citlivě vnímají otázku **využívání příspěvku na péči**. Poukazují na skutečnost, že příspěvek na péči, především v prvním a druhém stupni závislosti, je často příjemcem příspěvku předáván rodinným příslušníkům za poskytnutí jen minimální či dokonce žádné pomoci.

Příspěvek na péči vyjadřuje na jedné straně vysokou míru solidarity společnosti vůči potřebám osob, které z důvodu věku nebo zdravotního stavu nejsou schopny samostatně zabezpečit své životní potřeby v oblasti péče o vlastní osobu a v soběstačnosti (99). Příjemci příspěvku však mnohem častěji, než bylo předpokládáno, preferují způsob zajištění pomoci výhradně neformálními pečujícími (43). Na druhou stranu MPSV volá po naplnění základní idey a účelu předmětné dávky z pohledu osob, které jej přijímají. Navrhovaná opatření dle autorů zákona neomezují rozhodovací kompetence oprávněných osob o způsobu využití příspěvku, ale vytvářejí podmínky pro jeho správné využití. MPSV si novelizacemi zákona klade za cíl zajistit komplexem opatření správné využití příspěvku na péči, a to jak na straně oprávněných osob, tak na straně prostředí, které o ně pečuje. Dle MPSV správní orgány mohou využít řadu metod jak předejít nesprávnému použití nebo užití příspěvku regulovat už v době jeho vypláčení (poradenství, zprostředkování sociální služby, kontrolní činnost, určení zvláštního příjemce apod.) (99). Oproti tomu z šetření autorky práce vyplývá, že pracovníci současný systém kontroly využívání příspěvku na péči, tak jak jej nastavuje zákon o sociálních službách, většinou nevidí jako příliš účinný mechanismus. Tento názor sdílí 62,6 % respondentů.

Dle Žárského (99) se správní orgány se od počátku účinnosti zákona o sociálních službách zaměřují především na zvládnutí vyřízení podaných žádostí, při kterých spočívá největší časová i odborná zátěž v provedení sociálního šetření, které je součástí řízení. Správní orgány sice provádějí kontrolní činnost zaměřenou na způsob využití příspěvku, ale s ohledem na značný počet případů ve srovnání s personálními kapacitami správních orgánů, se jedná o kontrolní činnost spíše namátkovou (99).

Výzkum autorky práce se s tímto tvrzení ztotožňuje. V současné době pracovníci obecních úřadů obcí s rozšířenou působností mají systém provádění kontrol využívání příspěvku na péči nastavený individuálně. Výjimkou nejsou úřady, kde kontroly z časových důvodů vůbec neprovádějí, příp. kontroly provádějí pouze současně se sociálním šetřením při podání žádosti o zvýšení příspěvku a příp. při řízení zahájeném z moci úřední z důvodu konce platnosti lékařského posudku. Sociální šetření se provádí vždy, a to i u osob, které nejsou příjemci příspěvku na péči, je-li na úřad oznámeno podezření, že by se mohlo jednat o případ zneužívání či týrání osoby, příp. jde-li o osobu, která si nedokáže osobní potřeby zajistit vlastními silami či za pomoci blízkých osob.

S účinností od 01.01.2011 by měli sociální pracovníci **kontrolovat jednou za tři měsíce** všechny příjemce příspěvku na péči v prvním stupni závislosti, bude-li pomoc poskytována osobou blízkou. Počet příjemců v prvním stupni závislosti činí více než jednu třetinu celkového počtu dávek. Při stávajícím průměrném počtu cca 350 příjemců příspěvku na péči na jednoho pracovníka by se mělo jednat nejméně o 100 kontrol v průběhu tří měsíců, tedy měsíčně cca 30 kontrol a to pouze u příjemců příspěvku na péči v prvním stupni závislosti. Kontroly využívání příspěvku se vztahují na všechny příjemce příspěvku i v ostatních stupních závislosti. Ze šetření autorky práce vyplývá, že pracovníci obecních úřadů obcí s rozšířenou působností se jednoznačně domnívají, že není možné zajistit zákonem předepsaný počet kontrol využívání příspěvku na péči bez personálního navýšení pracovníků. Tento názor zastává 94,2 % respondentů. Dále sociální pracovníci poukázali na potřebu jednoznačného nastavení kontrolních kritérií.

Z výzkumu autorky práce vyplývá, že 24,2 % sociálních pracovníků popírá, že by docházelo k tzv. zneužívání příspěvku na péči. S tímto pohledem se ztotožňuje Michalík (38), který zcela nesouhlasí s názorem, že příspěvek není využíván v souladu se zákonem, popírá existenci zneužívání příspěvku na péči. Poukazuje na skutečnost, že nejen absolutní výše objemu vyplácených příspěvků vede správce systému (MPSV) k úvahám o „zprísňení“ výplat či snížení některých částek příspěvku. Důvodem je i skutečnost, že jistá část příjemců příspěvku na péči je umístěna v domácím prostředí, využívá služeb péče rodinných příslušníků a dalších fyzických osob, bez nákupu sociálních služeb od registrovaného poskytovatele. V tomto směru dle Michalíka (38) dochází k jedné z největších **dezinterpretací zákona** o sociálních službách. Vyzdvihuje zřetelně deklarováný cíl zákona, kterým bylo posílit domácí péči o lidi závislé na pomoci druhých, umožnit co nejdříve setrvání člověka v přirozeném prostředí rodiny a místní komunity (38). Takto nastavené motivační prvky potvrzuje Koldinská, která uvádí, že ústavní péče by

měla být využívána v krajním případě (25). Ve spojitosti s historicky existujícím deficitem moderních druhů sociálních služeb působících v terénu resp. v rodinách a naopak převahou pobytových zařízení mnohdy nevalné úrovně - jsou dle Michalíka tyto skutečnosti pravým důvodem toho, proč uživatelé příspěvek na péči používají na úhradu služeb poskytovaných fyzickými osobami (38).

Rovněž dle Šveřepy (80) příspěvek na péči není určen k navrácení do systému a už vůbec ne do sociálních služeb. Příspěvek na péči má pomoci lidem zajistit si takovou podporu, jakou ve své situaci potřebují. Jako podstatné Šveřepa vidí, aby pomoc byla zajištěna, není však důležité, zda prostřednictvím rodiny nebo institucionalizované sociální služby (80).

Autorka rigorózní práce souhlasí s argumentem důležitosti posílení péče v prostředí vlastní domácnosti, příp. domácnosti blízkých osob. Nelze však pominout fakt rodinné a lidské solidarity. Respondenti poukazují na skutečnost, že péče o rodinné příslušníky je naším morálním závazkem. Soužití starých a mladých dle Šiklové (9) (In Glosová) nebylo ani v minulosti bezproblémové, jak mnozí autoři uvádějí. Dochází k idealizaci minulosti, ale např. smlouvy o „vejminku“ vypovídají o něčem jiném¹⁴ (9).

V případě, že s péčí o blízkého člověka nevznikají finanční náklady, neměly by děti chtít peněžní kompenzaci za své návštěvy a pomoc v domácnosti. Naopak přesun seniora, který je pouze lehce závislý na péči jiných osob, do domácnosti dětí, je pro rodinu většinou finančním přínosem i bez příspěvku na péči. Odpadá povinnost úhrady nákladů za jeho domácnost a přináší svůj důchod, kterým přispívá na nájemné i stravu a často zabezpečí hlídání dětí či drobné domácí práce.

Sociální pracovníci přesto často **odmítají poskytování péče rodičům za úplatu**, nejen, že tento postup vidí jako neetický, je však i špatným příkladem pro výchovu dalších generací. Své názory opírají i o současnou platnou legislativu, dle zákona o rodině je dítě a to i zletilé nejen povinno své rodiče ctít a respektovat, žijí-li ve společné domácnosti, musí podle svých schopností pomáhat i přispívat na úhradu společných potřeb rodiny. Děti, které jsou schopny samy se živit, jsou přímo povinny zajistit svým rodičům slušnou výživu, jestliže toho potřebují (93). Někteří pracovníci sociálních odborů navrhují zrušení

¹⁴ Výměnek byla individuálně uzavřená obchodní smlouva mezi rodiči a jejich dětmi o ubytování a ekonomickém zajištění starých lidí. Smlouva se uzavřela před farářem, před notářem a před sousedy a všichni ji museli plnit. Hospodařil-li syn nebo vnuk špatně a dodávku či výměnou rentu neplnil, mohli ho staří rodiče žalovat, a taky, jak dokládají soudní spisy, často žalovali (9).

příspěvků na péči v prvním a druhém stupni závislosti zvláště u zletilých osob. Na základě svých zkušeností s předchozí právní úpravou, tedy příspěvkem při péči o blízkou nebo jinou osobu, často vidí jako žádoucí poskytovat příspěvek až od třetího stupně závislosti, popř. pouze v případech, kdy pečující osobě nahrazuje příjem.

Souhlasný postoj zaujímá Horecký (15), který vidí argumentaci podpory neformální péče akceptovatelnou rovněž pouze u příspěvku ve třetím a čtvrtém stupni závislosti, kdy péče o osoby s tak sníženou mírou soběstačnosti znamená opuštění svého zaměstnání a téměř celodenní péči. U příjemců příspěvku na péči v prvním a druhém stupni se jeví situace opačná. Zejména u příspěvku v prvním stupni závislosti, který pobírá největší počet příjemců, nelze dle Horeckého o podpoře neformální péče uvažovat (15).

Sociální pracovníci zároveň vyzdvihují **náročnost domácí péče** o osobu těžce nebo úplně závislou a doporučují přiměřenou finanční kompenzaci. S tím souhlasí Macela, dle jeho názoru u velmi těžce postižených osob vyžadujících celodenní péči, příspěvek na úhradu všech potřebných služeb nestačí (32). Michalík uvádí, že i když příspěvek nikdy nebyl určen na pokrytí všech potřeb vyplývajících z dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu příjemce, přesto lze říci, že nastavení jeho výše v jednotlivých stupních nepředcházela žádoucí analýza skutečné náročnosti péče o člověka v daném stupni závislosti. Zvláště markantně vystupuje tento nedostatek u příspěvku vypláceného ve čtvrtém stupni závislosti. Poskytovaných 11 000 Kč¹⁵ je dle Michalíka dostatečných k zajištění péče v domácím prostředí dokonce pouze po dobu cca 7-10 dní (38).

Návrh změny zákona o sociálních službách z roku 2008 byl předkládán s cílem nastavit systém sociálních služeb tak, aby byly zohledněny poznatky z praxe a z provedených analýz, jež odhalily některé neefektivní a nevhodné postupy upravené ve stávajícím znění předmětného zákona. Bylo navrženo snížení stávající výše příspěvku z 2 000 Kč na 800 Kč měsíčně v prvním stupni. Ve čtvrtém stupni příspěvku na péči bylo navrhováno zvýšit stávající výši příspěvku z 11 000 Kč na 12 000 Kč, a to jak u dospělých osob tak i u osob mladších 18 let (99). S účinností od 01.08.2009 bylo schváleno navýšení příspěvku ve čtvrtém stupni závislosti, ke snížení příspěvku v prvním stupni závislosti však nedošlo.

Návrh Žárského (99) vycházel z analýzy způsobu využití příspěvku, analýzy systému posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a současně z analýzy nákladovosti služeb sociální péče, které jsou pro osoby v této situaci vhodné, tj. především pečovatelská služba. Příjemci příspěvku na péči v prvním stupni závislosti žijí obvykle samostatně a

¹⁵ Text Michalíka je z r. 2008, navýšeno od 01.08.2009 na 12.000 Kč

z hlediska kritérií posuzování potřebují především pomoc v oblasti soběstačnosti, a to nikoliv nepřetržitou, tj. potřebují především pomoc se zvládnutím domácnosti a obstaráváním osobních záležitostí. Tyto potřeby nejlépe zabezpečuje pečovatelská služba. Průměrné měsíční náklady na zajištění pečovatelské služby u jednoho klienta činí cca 1 500 Kč a průměrná měsíční úhrada za pečovatelskou službu činí cca 400 Kč. S ohledem na tyto údaje a charakter dávky jako příspěvku se navrhovaná výše jevila jako odpovídající **(99)**.

Autorka práce rovněž vidí jako nejvhodnější variantu **snížení výše příspěvku** v prvním stupni závislosti na 800 Kč, a tu u obou věkových kategorií. Příspěvek by měl být v prvním stupni vyplácen pouze v případě, že péče je zabezpečena registrovaným poskytovatelem sociální služby. Výplata příspěvku by měla být v prvním stupni závislosti realizována prostřednictvím přímé bezhotovostní úhrady od obecního úřadu obce s rozšířenou působností na bankovní účet zvoleného poskytovatele. Autorka práce se stejně jako někteří další pracovníci obecních úřadů domnívá, že není vhodné zavádění systému poukazů, lze vycházet ze zkušeností u poskytování dávek pomoci v hmotné nouzi, kde se tento systém neosvědčil.

Žárský dále uvádí, že podmínky vzniku nároku na příspěvek na péči a výše příspěvku především v nižších stupních jsou nastaveny tak, že vyvolávají zcela **bezprecedentní zájem** o získání této dávky **(99)**. S tímto tvrzením autorka práce souhlasí pouze částečně, zájem občanů o přiznání příspěvku na péči je nezpochybnitelný. Avšak právě na příspěvek na péči v prvním stupni závislosti často nedosáhnou občané, kteří jsou závislí na využívání pečovatelské služby. Tyto osoby jsou schopny obstarat si základní úkony péče o vlastní osobu i soběstačnost jako je hygiena, oblékání apod., avšak potřebují pomoci především s fyzicky náročnějšími úkony v domácnosti jako je velký úklid, mytí schodů, oken, vaření, donáška nákupů apod. Autorka práce se domnívá, že se snížením výše příspěvku v prvním stupni závislosti, by mělo dojít ke **snížení počtu úkonů** v tomto stupni ze stávajících třinácti na deset u osob starších 18 let.

Nezbytnost domácí péče je nezpochybnitelná, dle Molka **(52)** bude ve stále větším měřítku nahrazovat kapacity péče ústavní, a to za výrazně vyššího standardu úrovně péče a současně nižších veřejných výdajů. Molek očekává podporu tohoto trendu státní „dotační politikou“, spočívající ve větší podpoře ambulantních a terénních služeb na vrub služeb pobytových **(52)**. Dle dokumentu MPSV *Priority rozvoje sociálních služeb pro období 2009 – 2012* (43), zavedení příspěvku na péči však nenaplnilo původní očekávání, tj. rychlý a masivní rozvoj sociálních služeb, a to především terénních a ambulantních služeb

sociální péče, který měl být poháněn tím, že příjemci příspěvku vybaveni finančními prostředky se budou mnohem častěji obracet na poskytovatele sociálních služeb s žádostí o odpovídající rozsah pomoci (43). Pomoc by měl být zabezpečena s využitím **neformálních tak veřejných zdrojů**. Míra spoluúčasti mezi těmito systémy je individuální a závisí na možnostech a životních okolnostech jedinců a jejich blízkých a na druhé straně na fyzické a finanční dostupnosti sociálních služeb. Společné využití neformálních a veřejných zdrojů, tedy zabezpečení péče neformálně pečujícími a profesionálními poskytovateli nazýváme pojmem **sdílená péče (100)**.

Princip sdílené péče je rovněž dle šetření autorky práce vhodným řešením dané situace, je však odvislý na možnostech přístupu žadatelů k adekvátním sociálním službám.

Macela (32) upozorňuje, že podvědomí občanů o poskytovatelích sociálních služeb a jejich nabídkách je nedostatečné, uživatelé nevnímají své postavení jako výsostní. Domnívá se, že možnost uživatele vybrat si „od koho si službu koupí“ je minimální či nulová a trh sociálních služeb buďto neexistuje vůbec nebo je nedostatečně rozvinutý (32). Dle zjištění autorky práce nelze obecně charakterizovat rozmístění sociálních služeb. Jedná se o otázku regionální, zastoupení služeb je odvislé od mnoha faktorů, především velikosti obce a přístupu jejích představitelů.

MPSV si uvědomuje potřebu **centrálně stanovit jednotné podmínky** pro vynakládání veřejných prostředků tak, aby nedošlo k rozdrobení systému sociálních služeb z důvodu rozdílného přístupu jednotlivých krajů či obcí. Dle *Priorit rozvoje sociálních služeb pro období 2009 – 2012* je třeba vyvinout pozitivní tlak na správce územních rozpočtů, aby se jejich podíl na zajištění systému zvýšil. Zvýšení participace územních rozpočtů na zajištění financování sociálních služeb je základní podmínkou dlouhodobé udržitelnosti systému (43). Jak uvádí Průša (In Tomeš) je zřejmé, že managementu mnoha měst a obcí, jež se sociálními službami dosud nezabývaly, se jeví zpracování plánu rozvoje služeb jako náročný a složitý úkol. Naopak ty samosprávné celky, které se již v této oblasti dříve angažovaly, nacházejí tématické oblasti, v nichž je možné jít do větších podrobností a údajů nebo některá témata doporučují vypustit, protože nejsou v konkrétním případě aktuální (67). Potřeby obyvatel jednotlivých obcí a krajů v oblasti sociálních služeb není možné vnímat tak, že jsou to potřeby, které bude řešit převážně stát. **Specifické podmínky** poskytování sociálních služeb, rozvoj kvality a dostupnosti není možné řídit jako centralizovaný proces. Efektivnějším využitím příspěvku na péči prostřednictvím posilování modelu sdílené péče mezi neformálně pečujícími a profesionálními poskytovateli by mělo dojít k významnému posílení finanční stability poskytovatelů

sociálních služeb, která je v současnosti udržována především díky dotacím ze státního rozpočtu a z územních rozpočtů (43).

Ze šetření autorky vyplývá, že pracovníci obecních úřadů obcí s rozšířenou působností velmi pozitivně hodnotí, jakým způsobem zákon o sociálních službách **definuje jednotlivé sociální služby**. Dle názoru autorky práce zákon obsahuje nadbytečnou sociální službu a to službu vymezenou § 43 Podpora samostatného bydlení. Veškeré činnosti, která by měly být zabezpečovány touto službou, obsahuje služba dle § 51 Chráněné bydlení.

Pracovníci obecních úřadů poskytují občanům informace o jednotlivých službách v rámci **sociálního poradenství**. Musí proto mít povědomost o dostupnosti jednotlivých služeb, musí znát místní poskytovatele. Pozitivně hodnotili, má-li obec zpracován kvalitní komunitní plán rozvoje sociálních služeb. Nejvýrazněji respondenti postrádali podporu osobám, které se celodenně věnují péči o těžce nebo úplně závislé osoby. Jak uvádí Repková (71) je nutné přijímat taková opatření, která zabrání vyčerpání, nemocím, pracovnímu přetížení a umožní pečujícím osobám získat čas na uspokojování vlastních potřeb (71). I když zákon o sociálních službách v § 44 definuje **Odlehčovací služby**, sociální pracovníci poukazují, na nemožnost zajistit náhradního pečovatele např. ve večerních hodinách tak, aby se pečující osoba mohla věnovat kulturnímu vyžití, např. návštěvě divadla, přátel apod. Jako obtížné dále vidí zajištění péče o závislé osoby na přechodnou dobu, když pečovatel onemocní nebo chce odjet např. na dovolenou. Zařízení, která poskytují pobytové služby, nemohou pro tyto případy, kdy není zřejmá doba využití, mít permanentně připravená volná lůžka.

Dle výkladu Repkové (71) má Slovenská republika uzákoněnou tzv. odlehčovací službu, kdy je povinností obce zajistit poskytnutí sociální služby nejméně 12 hodin denně max. 30 dní v kalendářním roce, v případech, kdy pečující osoba čerpá nárok na odpočinek (71). Zákon o sociálních službách § 92 písm. a) ukládá povinnost poskytnutí služby nebo jiné formy pomoci v určitých případech obecním úřadům obcí s rozšířenou působností. Převod povinností zajistit či poskytnout sociální službu na obce, resp. obecní úřady obcí s rozšířenou působností nevidí autorka práce jako realizovatelný. Některé obce nezřizují organizace, které provozují sociální služby, a není v jejich kompetenci přikázat zajištění služby žádnému z poskytovatelů.

Sociální pracovníci dále poukazují na absenci sociálních služeb v odlehlých regionech. Z důvodu **nedostupnosti služeb** někteří z nich preferují výplatu příspěvku na péči pouze výplatou hotovostí předanou příjemci příspěvku na péči příp. na jeho bankovní účet. Dle dokumentu *Priority rozvoje sociálních služeb pro období 2009 – 2012*, je identifikovaným

problémem návaznost pobytových služeb sociální péče, které jsou poskytovány za úplatu, na služby zdravotnického systému (nemocnice a léčebny dlouhodobě nemocných) (43). Rovněž dle Průši (63) na regionální úrovni nedochází k propojování sociální a zdravotní péče. Ve vybavenosti jednotlivých krajů sociálními službami existují značné rozdíly (63).

Od dostupnosti sociálních služeb se odvíjejí i možnosti obecních úřadů obcí s rozšířenou působností plnit **povinnosti dané § 92 písm. a)** zákona o sociálních službách. Přístup k sociálním službám a to z hlediska finančního i z hlediska jejich fyzické dostupnosti považuje Průša za nezbytný. V každém kraji by měli mít občané k dispozici některou ze všech základních forem sociálních služeb z komplexu vzájemně nezastupitelných aktivit řešících individuální situace sociální i hmotné nouze (67). Respondenti potvrzují řešení konkrétních případů ve smyslu § 92 písm. a) nejen prostřednictvím zajištění sociální služby, ale poskytnutím finanční výpomoci dávkou pomoci v hmotné nouzi. Nikdo z dotázaných nevedl, že by na úhradu vzniklých nákladů žádal dotaci ze státního rozpočtu dle § 103 zákona o sociálních službách. V neposlední řadě se pracovníci obecních úřadů obcí s rozšířenou působností s žádostí o spolupráci obracují na lékaře a zdravotníky a místo zajištěním sociální služby řeší nepříznivou sociální situaci klienta hospitalizací ve zdravotnickém zařízení.

Při pobytu oprávněné osoby v ústavní péči zdravotnického zařízení se výplata příspěvku zastavuje. Dle Králové, Rážové je smyslem této úpravy zamezit duplicitnímu financování péče, která je při pobytu ve zdravotnickém zařízení hrazena z veřejného zdravotního pojištění a potřeby oprávněné osoby jsou uspokojeny jiným způsobem, než k jakému je určen příspěvek (28). Z šetření autorky práce vyplývá, že někteří sociální pracovníci se domnívají, že příspěvek na péči by neměl náležet ani v měsíci, ve kterém je podána žádost o příspěvek na péči, je-li po celou dobu osoba umístěna ve zdravotnickém zařízení. Opakovaně se mezi respondenty objevily názory, že příspěvek na péči by měl v měsících, kdy je osoba umístěna ve zdravotnickém zařízení, být vyplácen podle počtu dnů, kdy mu byla zajištěna péče jinou fyzickou osobou.

Autorka rigorózní práce se kloní k názoru Francové a Novotného (6), kteří upozorňují na možnost vzniku **složité životní situace**, která nastává pro rodinného příslušníka poskytujícího celodenní péči, u něhož příspěvek na péči představuje jediný zdroj příjmu. Pečující osoba se v případě nevyplácení příspěvku z důvodu pobytu oprávněné osoby ve zdravotnickém zařízení může dostat do závažných ekonomických potíží jak krátkodobých, tak i dlouhodobějších, od příjmu se odráží např. výše budoucího starobního důchodu

pečujícího. Ekonomická nejistota tak ještě více umocňuje již tak nelehkou pozici pečovatele vystaveného fyzické a psychické zátěži (6).

V souvislosti s pobytem oprávněné osoby a následným zastavením výplaty příspěvku na péči vychází ze šetření autorky práce alarmující zjištění. Respondenti uvádějí, že se ve své praxi setkávají s případy, kdy rodinní příslušníci ukončují osobám, o které pečují, pobyt ve zdravotnickém zařízení, aby nedošlo k zastavení výplaty z důvodu pobytu v ústavní péči ve zdravotnickém zařízení po celý kalendářní měsíc. Pečovatelé si berou tyto osoby domů (nikoli na propustku) např. na jeden víkend popř. na několik dnů tak, aby postihli přelom dvou měsíců a příspěvek na péči byl vyplacen. Je zřejmé, že tato praxe může osoby, u kterých je indikována hospitalizace, **poškodit na zdraví**.

S pobytem oprávněné osoby ve zdravotnickém zařízení se pojí další identifikovaný problém, kterým je neoznamování hospitalizace správnímu orgánu, který vyplácí příspěvek na péči. Zákon o sociálních službách stanovuje oznamovací povinnost příjemci příspěvku, pečující osobě i pobytovému zařízení sociálních služeb, avšak neobsahuje sankce při jejím nesplnění.

Povinnost hlásit úmrtí příjemce příspěvku na péči i sankce za její nesplnění je v zákoně zakotvena, přesto dochází k případům, kdy úmrtí příjemce není správnímu orgánu oznámeno a příspěvek na péči je nadále vyplácen. Je-li výplata příspěvku na péči odesílána na bankovní účet žadatele, nedojde-li k ohlášení úmrtí, může uplynout různě dlouhá doba, než správní orgán tuto skutečnost zjistí. Z analýzy spisové dokumentace vyplynul případ, kdy úmrtí oprávněné osoby bylo zjištěno až po ukončení dědického řízení, do kterého byly zahrnuty finanční prostředky na bankovním účtu příjemce vč. příspěvku na péči. Správní orgán může rozhodnout o povinnosti vrácení přeplatku pouze vůči osobě, které byl příspěvek přiznán a vyplacen. Částka byla po dědici vymáhána cestou soudního řízení, ve kterém obecní úřad obce s rozšířenou působností nebyl úspěšný. V dalším případě úmrtí příjemce neoznámilo pobytové zařízení sociálních služeb, toto zařízení bylo pro provedené inspekci poskytování sociálních služeb uzavřeno. V současné době je u obecního úřadu, jehož spisová dokumentace je zahrnuta do výzkumu řešen případ, kdy oprávněná osoba zemřela v nemocnici, příspěvek na péči byl zasílán prostřednictvím poštovní přepravní služby, která příspěvek tři měsíce předávala rodinným příslušníkům, kteří měli k dispozici občanský průkaz zemřelého. Autorka vidí možnost eliminace neoprávněných výplat příspěvku na péči neohlášením úmrtí žadatele spíše než v uzákonění oznamovací povinnosti, v **dálkovém elektronickém přístupu** pracovníků sociálních odborů do databáze centrálního registru obyvatel.

Další problematickou částí zákona o sociálních službách je aplikace ustanovení §74, který stanoví obecním úřadům obcí s rozšířenou působností povinnost **stanovení úhrady za stravu a péči** dětí s nařízenou ústavní výchovou. Jednotlivé úřady přistupují k organizačnímu zabezpečení této agendy rozdílně. Na některých úřadech úhradu stanovují pracovníci oddělení sociálně právní ochrany dětí, především z důvodu, že pracují s dětmi i rodiči při nařízení ústavní výchovy. Tito pracovníci rovněž mají zákonem předepsanou návštěvní povinnost dětí s nařízenou ústavní výchovou. Stanovení úhrady za stravu a péči je realizováno ve správním řízení, se kterým mají pracovníci oddělení sociálně právní ochrany dětí většinou minimální zkušenosti. Právě z tohoto důvodu je často uvedená agenda v kompetenci pracovníků zabezpečujících příspěvek na péči. Ti však zase nemají žádné informace o rodičích dítěte, o jejich pobytu, sociálním zázemí, majetkových poměrech atd. Pro stanovení úhrady za stravu a péči je proto nutná spolupráce pracovníků obou útvarů. Potřebu spolupráce mezi jednotlivými úseky zdůrazňuje i Odbor rodinné politiky MPSV, který však zásadně nesouhlasí s tím, aby rozhodování ve věci stanovení úhrady za stravu a péči prováděli pracovníci vykonávající agendu sociálně právní ochrany dětí **(45)**. Poskytnutí údajů potřebných pro vydání rozhodnutí je v souladu s úpravou povinnosti orgánů sociálně právní ochrany dětí ke sdělování údajů podle § 51 odst. 5 písm. a) zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů **(94)**.

Podnět ke stanovení úhrady podává v převážné míře zařízení, ve kterém je dítě umístěno. Není však účastníkem řízení ve smyslu § 27, 28 zákona č.500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů. Domov pro osoby se zdravotním postižením tedy nemůže přímo o zahájení řízení žádat, na základě jeho podnětu lze zahájit řízení z moci úřední dle § 46 správního řádu **(28)**.

Aplikace stanovení úhrady za stravu a péči do praxe, přináší značnou řadu obtíží. Rodiče dětí, které mají nařízenou ústavní výchovu, se o děti většinou nezajímají a nejsou ochotni na jejich výživu přispívat. Nespolupracují ani se zařízením, kde je dítě umístěno, ani s obecním úřadem obce s rozšířenou působností, který o úhradě rozhoduje. Existuje několik variant, jak lze v praxi postupovat.

Identifikaci rodičů dítěte poskytne oddělení sociálně právní ochrany dětí, avšak informaci o současném pobytu rodičů často nemá. Oznámení o zahájení řízení z moci úřední je proto často doručeno fiktivně, a to uložení v místě trvalého pobytu či ustanovením opatrovníka pro doručování. Rodiče dítěte se tak o vlastním řízení ve

skutečnosti nedozví a tudíž ani nemohou poskytnout potřebnou součinnost. Je vystaveno rozhodnutí, rodiče dítě uloženou povinnost samozřejmě neplní.

V případě, že je oznámení o zahájení řízení skutečně doručeno, rodiče často opět nespolupracují a nedoloží potřebné náležitosti. I v tomto případě je úhrada za stravu a péči stanovena v souladu se zákonným předpisem.

V případě, že rodiče na výzvu reagují a doloží potřebné náležitosti, je pracovník obecního úřadu obce s rozšířenou působností povinen zhodnotit, zda úhradu stanovit či nikoli, příp. stanovit ve snížené míře. Ať už se jedná o pracovníka oddělení sociálně právní ochrany dětí či pracovníka, který se zabývá sociálními službami a příspěvkem na péči, ani jeden z nich nezpracovává dávky pomoci v hmotné nouzi. Tito pracovníci rovněž neskládají zkoušku odborné způsobilosti na úseku správních činností pro řízení o dávkách pomoci v hmotné nouzi a o dávkách pro osoby se zdravotním postižením ve smyslu vyhlášky č. 512/2002 Sb., o zvláštní odborné způsobilosti úředníků územních samosprávných celků, ve znění pozdějších předpisů (**89**). Na rozdíl od pracovníka oddělení dávek pomoci v hmotné nouzi nemají k dispozici ani potřebný software, který by výpočet provedl.

Rozhodnutí ve věci stanovení úhrady za stravu a péči je doručeno účastníkům řízení, tedy rodičům, příp. osobám povinným výživou k dítěti ve smyslu § 74 odst.1 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Vzhledem ke skutečnosti, že zařízení, ve kterém je dítě umístěno, není účastníkem řízení, není dle platné legislativy možno rozhodnutí domovu bez souhlasu rodičů předat. Obecní úřad obce s rozšířenou působností sděluje zařízení, jakým způsobem bylo s jeho podnětem naloženo. Avšak i předání informací, v jaké výši byla úhrada stanovena, je v rozporu s povinností mlčenlivosti správního orgánu. Informaci, v jaké výši má zařízení požadovat úhradu, by na základě výše uvedených skutečností, mělo požadovat po rodičích dítěte a ti, jak již bylo uvedeno s domovy často nespolupracují. Při tom i pro případné soudní jednání ve věci vymáhání nedoplatků na úhradě za stravu a péči, zařízení potřebuje vlastní rozhodnutí v uvedené věci jako podklad pro podání žaloby.

Z provedeného šetření pro tuto práci vyplynuly dva zásadní návrhy, jak v dané věci postupovat. První ideou je stanovení úhrady přímo zařízením, ve kterém je dítě umístěno, obdobně jako jsou běžně uzavírány smlouvy o poskytnutí sociální služby.

Druhým návrhem, ke kterému se přiklání autorka práce, je stanovení úhrady soudem při nařízení ústavní výchovy, analogicky jako je stanovena povinnost výživy dítěte při jednání o úpravě výchovy a výživy dítěte např. u rozvodu rodičů. V případě rozvodu rodičů je

stanovena fixní částka výživného, která se odvíjí od majetkových poměrů vyživujících osob, od věku, zájmů, zdravotního stavu a vlastních potřeb dítěte. Tato částka se mění pouze na návrh, a to jen v případě, že došlo k podstatným změnám poměrů rodičů nebo dítěte.

Úpravu rozhodnutí o stanovení úhrady za stravu a péči by dle platné legislativy měl obecní úřad obce s rozšířenou působností provést i v případě, že dojde nejen ke změnám majetkových poměrů rodičů, změnám vnitřních předpisů domova pro osoby se zdravotním postižením ve věci stravovacích jednotek, ale i v návaznosti na veškeré změny legislativy. Podkladem pro vydání rozhodnutí správního orgánu jsou v souladu s § 50 správního řádu i skutečnosti známé z úřední činnosti, podklady od jiných správních orgánů nebo orgánů veřejné moci, jakož i skutečnosti obecně známé (97). Tzn., že obecní úřad obce s rozšířenou působností musí reagovat nejen změny ve výši životního minima či normativních nákladů na bydlení, ale i ve výši přídatku na dítě, byť se jedná o opakovanou změnu o 50 Kč jako v období r. 2009 a 2010.

Jak vhodnou úpravu autorka práce vidí ve stanovení úhrady za stravu a péči rozhodnutím soudu při nařízení ústavní výchovy, výše úhrady by měla být odvislá od zákonem stanovených částek životního minima pro jednotlivá věková období.

6. Metodický postup k provádění sociálního šetření u příspěvku na péči

Na základě praktických zkušeností autorky se sociálním šetřením, analýzy spisové dokumentace a rozhovory se sociálními pracovníky byl vypracován návrh metodického postupu k provádění sociálního šetření u příspěvku na péči.

6.1. Zásady hodnocení

Obecní úřad obce s rozšířenou působností provádí pro účely rozhodování o příspěvku sociálního šetření, při kterém se zjišťuje schopnost samostatného života osoby v přirozeném sociálním prostředí z hlediska **péče o vlastní osobu a soběstačnosti**. Sociální šetření provádí sociální pracovník (95).

Činnosti pro hodnocení schopnosti zvládat úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti a odchýlný způsob hodnocení těchto úkonů u osob do 18 let věku definuje příloha č. 1 vyhl. č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (88).

Jednotlivé úkony jsou konstruovány tak, aby zjišťovaly schopnosti žadatele zabezpečit činnost **komplexně**, čímž dochází k tomu, že v mnoha hodnocených úkonech se zároveň posuzují předpoklady fyzické i psychické. Např. v úkonu „obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování)“ zjišťujeme, zda si posuzovaná osoba uvědomuje, jaké zboží musí nakoupit a zároveň zde hodnotíme, zda je schopna nákup přinést, a tak bychom mohli postupovat i u dalších hodnocených činností.

Při posuzování závislosti tak přihlížíme, které činnosti může posuzovaná osoba vykonávat v sedě, v úkonech, které v názvu nesou termín orientace, nelze zohledňovat fyzickou stránku žadatele.

Při sociálním šetření je nutno rozlišovat, které činnosti klient zvládne **bezpečně a vždy** a naopak kterým potíží čelí velmi často nebo dokonce permanentně. Někteří mají „své dny“, kdy činnost kolem sebe zvládají a kdy ne. Rozhodně tedy neplatí, že všichni vykonávají všechny každodenní aktivity vždy hladce, zejména jedná-li se o ženy a starší seniory. Ženy, na rozdíl od mužů, zdůvodňují hodnotu fyzické soběstačnosti svou zkušeností se závislostí na druhých, například po operaci, při dlouhodobé nemoci. Mužům více než ženám vadí i hypotetická nutnost obrátit se na druhé s prosbou o pomoc. Obdobně to platí i pro nejmladší seniory - šedesátníky ve srovnání se staršími (77).

Např. osoby s onkologickým onemocněním obvykle zvládají vykonávat běžné denní činnosti, avšak v období těsně po absolvování chemoterapie se často stávají na několik dní těžce závislými na péči druhých osob. Situace může být i zcela opačná, osoba může snížit

svoji závislost na péči jiných osob tím, že přijme medikaci na utlumení bolestí, psychických poruch, agresivity apod.

Při sociální šetření využíváme **metod sociální práce** především pozorování a rozhovor. Měli bychom získat důvěru klienta. Účelem sociálního šetření není vytvořit záznam toho, co nám sdělují posuzované osoby a rodinní příslušníci. Vycházíme z mnoha faktorů, hodnotíme **prostředí**, ve kterém klient žije, všímáme si bezbariérovosti, účelnosti, tedy zda je uzpůsobené konkrétnímu postižení posuzované osoby. Dále hodnotíme především **sdělení klienta**, ale i osob blízkých, a pečovatelů. Pokud se domníváme, že klient své potíže zveličuje a je schopen zvládnout činnosti, které popírá, nemusí se jednat z jeho strany o záměrnou fabulaci. Svůj zdravotní a psychický stav vnímáme každý individuálně, pokud v této chvíli sociální pracovník začne vyvracet jednotlivá tvrzení klienta, která se vylučují, ztratí jeho důvěru.

Erudovaný sociální pracovník ovládá **zásady komunikace** s jednotlivými skupinami osob. Získané informace si ověřujeme kontrolními otázkami, odpovědi si můžeme na místě poznamenávat. Na místě **ověřujeme jednotlivá tvrzení** tím, že např. požádáme klienta, aby ztlumil rádio či televizi, abychom se lépe slyšeli, rozsvítil, protože špatně vidíme na své poznámky, ukázal nám koupelnu, přesunuli jsme se ke stolu, ukázal z okna směr k obchodu, u osob se zrakovým postižením sledujeme, jak se podepisuje, např. s jakou přesností na řádek, zda si nasadil brýle, vzal lupu atd.

O provedeném sociálním šetření vyhotovuje sociální pracovník následně **písemný záznam**, který je na požádání povinen předložit posuzované osobě. Předkládáme souhrnně zpracovanou zprávu ze sociálního šetření, kterou vytvoříme na pracovišti, nikoli své poznámky, které zaznameneáme na místě.

Jednotlivé hodnocené úkony samostatně komentujeme, výjimku tvoří zcela ležící klienti, kteří jsou úplně závislí na pomoci jiné osoby, v těchto případech lze situaci popsat pouze souhrnnou zprávou.

Do zápisu zaznamenáme všechny důležité údaje, které jsme zjistili při sociálním šetření. Veškeré informace, které sdělila posuzovaná osoba či rodina o zdravotním stavu, uvádíme jako zprostředkované klientem, nemáme např. informace o tom, že klient skutečně trpí Alzheimerovou chorobou. Uvede-li pečující osoba, že „babička často zapomíná“, nemůže na základě tohoto tvrzení sociální pracovník namísto diagnostikovat demenci.

V zápisu neuvádíme odborné lékařské termíny, kde si nejsme jisti významem, jen proto, že osoba uvedla, že touto chorobou trpí. Na druhou stranu znalost základní lékařské terminologie je nezbytností, a to nejen při psaní zprávy, ale i při vlastní komunikaci

s klientem. Často se velká část hovoru při sociálním šetření dotýká právě zdravotního stavu žadatele, a ten musí mít jistotu, že sociální pracovník chápe, co mu říká.

Do zprávy uvádíme jako zvládnuté úkony, které dokáže **dle našeho názoru** osoba vykonávat. V případě, že některá sdělení klienta jsou v rozporu s naším úsudkem, zaznamenáme tuto skutečnost do zápisu. Rovněž popíšeme, které činnosti posuzovaná osoba prostě nevykonává nikoli z důvodu závislosti, ale prostě proto, že je provádí pečující osoby. Obzvláště muži některé činnosti, především domácí práce, nikdy v životě nevykonávali. Bude tedy pravdivé tvrzení muže, který sdělí, že neumí žehlit či prát prádlo, protože tuto činnost nikdy nevykonával, avšak úkon je třeba hodnotit jako zvládnutý.

V některých případech mohou naopak posuzované osoby svoji soběstačnost zveličovat, nechtějí si připustit závislost na péči jiných osob. Musíme vždy zvážit, zda odpovědi klienta lze považovat za věrohodné, obzvláště u klientů s mentálním postižením či psychickým onemocněním.

Uvedené osoby, pokud nejsou postižené kombinovaným onemocněním, jsou po fyzické stránce většinou zcela nezávislé na péči dalších osob. Musíme proto zvážit, jak by tito lidé žili v domácnosti sami. Mnoho jedinců by prostě neuklízelo, nevařilo, nepečovalo o domácnost, mnozí by se nepřevlékali, nepečovali o svou hygienu. V těchto případech je vždy nutné uvádět, že hodnocené úkony zvládají, avšak minimálně pod **dohledem** příp. dopomocí jiné osoby.

Vždy musíme dávat pozor, aby se hodnocené úkony **vzájemně nevylučovaly**, např. zvládne-li klient psát, obracet stránky v knize apod., nelze uvádět, že nepřemístí jednotlivé předměty (mohl by však mít problém předmět zvednout ze země); zvládá-li praní prádla v ruce, měl by zvládat i např. lití tekutin; nelze tvrdit, že sám nepřenese, nepřemístí jednotlivé předměty, při tom bez pomoci vyndá prádlo ze skříně, odnese k lůžku a tam se obléká apod.

Při sociálním šetření je třeba pokládat osobní, často intimní otázky, musíme zjistit, jak dotyčný zvládá např. očistu po WC, nebo u velmi obézních osob, obzvláště je-li nemožnost pohybu a následná závislost na pečovateli způsobená právě vysokou hmotností, bychom se měli na váhu taktně zeptat.

Velmi specifické je hodnocení stupně závislosti (především úkony péče o domácnost) u osob umístěných v pobytových zařízeních, kde tyto činnosti vůbec nevykonávají.

6.2 Úkony péče o vlastní osobu

a) příprava stravy:

- 1. rozlišení jednotlivých druhů potravin a nápojů,*
- 2. výběr nápojů,*
- 3. výběr jednoduchých hotových potravin podle potřeby a účelu,*
- 4. vybalení potravin,*
- 5. otevírání nápojů;*

u osob do 5 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu; u osob do 18 let věku se hodnotí, zda z důvodu zdravotního postižení potřebují při úkonu mimořádnou pomoc, a to i u osob do 5 let věku, kdy se jinak nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při tomto úkonu;

V úkonu se zároveň hodnotí fyzické i psychické, resp. orientační schopnosti posuzované osoby (rozlišení, výběr jednotlivých druhů nápojů a potravin).

Úkon a činnosti nelze zaměňovat s vařením, hodnotíme schopnost vybrat si již hotovou stravu. Nehodnotíme tedy ani vlastní přípravu jídla, nýbrž pouze manipulaci s jednotlivými složkami, jako je vybalení potravin. Posuzované osoby často uvádějí, že nejsou schopny otvírat uzávěry PET lahví, úkon však nelze vyhodnocovat jako nezvládnutý pouze na základě této skutečnosti, otvírání tohoto typu lahví často činí potíže i zcela zdravým osobám.

Zvýšenou pozornost musíme věnovat osobám do 18 let věku, především s diabetem, kdy příprava stravy obnáší přesné navážení a dávkování jednotlivých komponentů potravin.

b) podávání a porcování stravy:

- 1. podávání stravy v obvyklém denním režimu,*
- 2. schopnost dát stravu na talíř nebo misku a jejich přenesení,*
- 3. rozdělení stravy na menší kousky za používání alespoň lžice,*
- 4. míchání, lití tekutin,*
- 5. uchopení nádoby s nápojem,*
- 6. spolehlivé a bezpečné přenesení nápoje, lahve, šálku nebo jiné nádoby,*
- 7. stanovení jídelního plánu s každodenním podáváním stravy zvláštního složení, množství nebo četnosti, popřípadě léčebných nutričních doplňků;*

u osob do 3 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 1 až 6;

Rovněž v úkonu podávání a porcování stravy zároveň hodnotíme mentální schopnosti žadatele (podávání stravy v obvyklém denním režimu, musí tedy chápat význam denního režimu) a schopnosti fyzické. Dále hodnotíme jemnou motoriku, tedy využití ruky k jemným pohybům, provádění koordinované činnosti při pohybování předměty, uchopení, manipulace a jejich uvolňování za použití jedné ruky, prstů a palce (**76**) (rozdělení, krájení stravy, míchání, lití tekutin apod.) a schopnost lokomoce (přenos nápojů, lahve). Spolehlivé a bezpečné přenesení šálku s tekutinou je úkon, který vyžaduje schopnost koordinace více činností a je někdy náročný i pro zdravou osobu.

V případech, kdy žadatel uvádí, že je schopen pohybu pouze o dvou francouzských holích (a obzvláště žije-li sám), zjišťujeme především jakým způsobem žadatel věci přenáší. Je vhodné, např. požádat o podání konkrétní věci.

Šedý hodnocený bod v tomto úkonu byl do vyhlášky zakomponován novelizací s účinností od 01.06.2010 a je hodnocen u dětí bez rozdílu věku.

c) přijímání stravy, dodržování pitného režimu:

- 1. přenesení stravy k ústům alespoň lžící,*
- 2. přenesení nápoje k ústům,*
- 3. konzumace stravy a nápojů obvyklým způsobem;*

Schopnost přijímání stravy patří k základním úkonům sebeobsluhy. Při sociálním šetření hodnotíme, zda žadatel přijímá běžnou stravu bez pomoci či dohledu jiné osoby, a to obvyklým způsobem. Tudíž je třeba zjistit, zda se stravuje u stolu nebo na lůžku, v pobytovém zařízení, zda se přemísťuje do jídelny nebo se stravuje na pokoji.

Dále zkoumáme, zda je nutno žadateli např. stravu nejprve rozmixovat, zda pije z hrnečku, či z lahve se slámkou či je třeba enterální¹⁶ či parenterální¹⁷ výživy. V úkonu není hodnocena schopnost lokomoce, úkon je třeba hodnotit jako zvládnutý i je-li prováděn v sedě, činnosti lze realizovat i prostřednictvím funkce jedné horní končetiny.

d) mytí těla:

- 1. umytí rukou, obličeje,*
- 2. utírání se;*

¹⁶ Enterální výživa je metoda přísunu výživy sondou do trávicího ústrojí, kde je vstřebána.

¹⁷ Parenterální výživa je taková, při níž se podávají živiny infúzí přímo do krevního oběhu, čímž se vyhnou trávicímu ústrojí (**54**).

u osob do 3 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

V uvedeném úkonu posuzujeme pouze schopnost zvládnutí základní hygieny, tj. umytí rukou a obličeje a následné utření se (užití vody, mýdla, ručníku). V úkonu opět nehodnotíme schopnost pohybu, proto je třeba úkon považovat za zvládnutý i v případě, že klient je dopraven do koupelny jinou osobou, kde však vlastní hygienu zvládne již bez její pomoci. Rovněž v případě, že si klient sám zvládne omýt ruce a obličej na lůžku, kam mu pečující osoba připraví lavor a hygienické pomůcky, je úkon třeba hodnotit jako zvládnutý.

e) koupání nebo sprchování:

1. provedení celkové hygieny, včetně vlasů,

2. péče o pokožku;

u osob do 6 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

Provedení celkové hygieny zahrnuje vlastní koupání nebo sprchování osoby a to vč. mytí vlasů. Patří k fyzicky náročnějším úkonům a to především v případech, kdy koupelna není uzpůsobena vlastnímu zdravotnímu postižení hodnocené osoby. Soběstačnosti mohou napomoci madla, úchyty, sedátko do sprchy či vany apod.

Při hodnocení úkonu je třeba především zvážit, zda hodnocená osoba zvládá celý proces bez pomoci či dohledu jiné osoby. Dohled často spočívá v nutnosti přítomnosti další osoby, která je schopna pomoci např. při závratí koupající se osoby.

f) péče o ústa, vlasy, nehty, holení:

1. čištění zubů nebo zubní protézy,

2. česání vlasů,

3. čištění nehtů, stříhání nebo opílování nehtů,

4. holení;

u osob do 3 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu; u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 2 až 4; u osob do 15 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodě 4;

K zvládnutí celkové hygieny patří i péče o ústa, vlasy, nehty a holení (pečovat o vlasy a vousy, česat se, vytvářet účesy, holit se a stříhat, čistit, stříhat, lakovat nebo pilovat nehty, čistit si zuby kartáčkem nebo pečovat o zubní protézy nebo rovnátka). U dětí do tří let věku není úkon hodnocen vůbec, u dětí od 4 do 7 let se hodnotí pouze schopnost čištění zubů, holení se hodnotí pouze u osob starších 15 let.

Zvládnutí úkonu vyžaduje především schopnost jemné motoriky, osoby stížené hemiparézou nejsou často schopny manipulovat jednou rukou a nemohou si např. ostříhat nehty na příslušné ruce. Naopak při holení je možno využít elektrické holicí strojky a tento úkon tak zvládat mohou. Stříhání nehtů na nohou (pedikúru) si i osoby bez zdravotního postižení běžně nechávají provádět u odborníků, nelze jej proto zahrnovat do hodnocených činností (podobně nehodnotíme, zda si posuzovaná osoba sama stříhá vlasy).

g) výkon fyziologické potřeby včetně hygieny:

- 1. regulace vyprazdňování moče a stolice,*
- 2. zaujetí vhodné polohy při výkonu fyziologické potřeby,*
- 3. manipulace s oděvem před a po vyprázdnění,*
- 4. očista po provedení fyziologické potřeby,*
- 5. vyhledání WC;*

u osob do 3 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

Úkon opět zároveň vyžaduje současné hodnocení fyzických i psychických schopností posuzované osoby (vyhledání WC).

Osoby, které nezvládají regulaci vyprazdňování moči a stolice a používají inkontinenční vložky či pleny, nelze automaticky hodnotit jako osoby, které úkon nezvládají. V případě, že posuzovaná osoby zvládá manipulaci s oděvem, očistu i vlastní výměnu hygienických pomůcek bez pomoci či dohledu jiné osoby, je třeba úkon hodnotit jako zvládnutý. Rovněž nelze zohledňovat, pokud posuzovaná osoba v noci z důvodu rizika pádu nebo neochoty opakovaně chodit na WC, má k lůžku přistavenou „mísu“.

h) vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh:

- 1. změna polohy těla z polohy v leže do polohy v sedě nebo ve stoji a opačně, popřípadě s přidržováním nebo s oporou,*
- 2. změna polohy ze sedu a do sedu,*
- 3. změna polohy z boku na bok;*

V úkonu hodnotíme nejen schopnost postavit se, sednout si, změnit polohu na lůžku, ale i přesun z lůžka do křesla nebo např. na invalidní vozík. Posuzované osoby se můžeme dotázat, v kterou hodinu vstává, nechat popsat denní rituály, čímž získáme informace o celkové pohyblivosti posuzované osoby.

i) sezení, schopnost vydržet v poloze v sedě:

- 1. schopnost vydržet v poloze v sedě po dobu alespoň 30 minut,*
- 2. udržování polohy těla v požadované poloze při delším sezení;*

V úkonu není vymezeno, zda má být hodnocena schopnost sezení s oporou či bez opory. Protože možnost opory není vyloučena a úkon je běžně považován za zvládnutý s možností užití kompenzačních pomůcek, hodnotíme schopnost sezení s podepřením zad o opěradlo židle či polštáři na lůžku.

Především v pobytových zařízeních se setkáváme s případy, kdy posuzovaná osoba sice sedí, nicméně do sedadla je přikurtovaná. Těchto případech nelze považovat úkon za zvládnutý, protože osoba není schopna sama udržet tělo v požadované poloze.

j) stání, schopnost vydržet stát:

- 1. stání, popřípadě s přidržováním nebo s oporou o kompenzační pomůcku,*
- 2. setrvání ve stoji, popřípadě s přidržováním nebo s oporou po dobu alespoň 10 minut; u osob do 2 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnosti uvedené v bodě 2;*

Vydržet delší dobu stát je někdy náročnější než vlastní chůze, i když nejde o strnulé stání, hodnotíme obecně schopnost vydržet ve stoje s přešlapováním, přenášením těžiště apod. Časovou orientaci schopnosti stát zjišťujeme hodnověrněji nepřímými otázkami při ověření jiných úkonů, např. se ptáme, jakým způsobem posuzovaná osoba postupuje u vaření, při manipulaci s prádlem apod., než přímou otázkou, jak dlouho vydrží stát.

k) přemíst'ování předmětů denní potřeby:

- 1. vykonávání koordinovaných činností při manipulaci s předměty,*
- 2. rozlišení předmětů,*
- 3. uchopení předmětu rukou nebo oběma rukama,*
- 4. zdvihnutí předmětu ze stolu, ze země,*
- 5. přenášení předmětu z jednoho místa na druhé,*
- 6. vyhledání předmětů;*

u osob do 2 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 1, 2 a 4 až 6;

V úkonu jsou opět zkoumány zároveň fyzické i orientační schopnosti žadatele (rozlišení, vyhledání předmětů).

Při hodnocení úkonů si všímáme především manipulace s běžnými předměty denní spotřeby, např. přenos potravin při jejich přípravě, příprava oblečení apod. Důležité je zjištění, jakým způsobem tyto činnosti provádějí osoby, které uvádějí, že pro vlastní oporu

a pohyb potřebují dvě francouzské hole a pečující osoby nejsou přítomny v domácnosti celodenně (lze přenášet v tašce, závěsu apod.). U těchto osob je rovněž vhodné dotázat se, jak postupují, pokud jim jedna z holí spadne na zem.

l) chůze po rovině:

1. chůze, popřípadě s použitím kompenzačních pomůcek krok za krokem,

2. chůze v bytě,

3. chůze v bezprostředním okolí bydliště,

4. udržení požadovaného směru chůze,

5. chůze okolo překážek;

u osob do 2 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

Změny chůze představují obligatorní doprovod stárnutí, aniž by nutně značily onemocnění (22). Schopnost pohybovat se volně, lehce, rytmicky a účelně v prostředí je základním atributem kvalitního života. Hybnost nemocného může být omezena z mnoha důvodů. Ochrnutí končetin, amputacemi, strachem z bolesti při pohybu, strachem z pádu, slabostí, psychickými problémy apod. Klient s poruchou hybnosti může pociťovat bezmoc a vztek, může se cítit jako přítěž pro ty, kteří o něj pečují (14).

Dotazujeme se na rozsah chůze, frekvenci vycházení z domu, pohybová omezení - obtíže a překážky bránící chůzi (instabilita, bolesti, únava, svalová slabost, bariéry), pády, opěrné pomůcky (např. o jakou hůl se jedná - vycházková, bílá, francouzská - jedna či dvě) a jejich užívání (22). V případě, že je v bytě pes a klient žije sám, zjišťujeme, kdo jej venčí. Nelze zohlednit, pokud posuzovaná osoba nevychází z bytu pouze z obavy rizika pádu, či pokud je jiná fyzická osoba přítomná pouze z důvodu prevence.

Při sociálním šetření můžeme doporučit úpravu bytu na bezpečné a bezbariérové prostředí. I bez nákladných stavebních úprav (je vhodné informovat o možnosti podání žádosti o příspěvek na úpravu bytu dle vyhl. č. 182/1991 Sb.) lze zabezpečit prostředí, v němž se pohybuje nestabilní člověk - odstraněním prahů, malých koberečků, různých kabelů, lze zajistit dostatek osvětlení, zajistit protiskluzovou úpravu podlahy a její krytiny aj.

m) chůze po schodech nahoru a dolů:

chůze po stupních směrem nahoru a dolů, popřípadě s použitím opory o horní končetiny nebo kompenzační pomůcky;

u osob do 2 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

Nutnost překonávat schody je odvislá od typu bydlení posuzované osoby. V případě, že posuzovaná osoba žije v rodinném domě, sledujeme, zda bydlí v přízemí či patře. Pokud jej rodina přemístila do přízemí z důvodu snížené hybnosti, uvádíme do zprávy před jakou dobou. V případě, že jsou u přístupu do domu schody, uvádíme jakým způsobem je dotyčný překonává, rozlišujeme oporu zábradlí a jiné osoby.

V případě bydlení v panelovém domě rozlišujeme, zda je opatřen výtahem, v jakém poschodí žadatel bydlí. Dále zjišťujeme, kdy byla posuzovaná osoba naposledy venku, tvrzení můžeme ověřit např. dotazem na četnost návštěv u lékaře, příp. zda lékař dochází do domácnosti.

n) výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení:

- 1. výběr oblečení odpovídajícího situaci, prostředí a klimatickým podmínkám,*
- 2. rozeznání jednotlivých částí oblečení,*
- 3. vrstvení oblečení ve správném pořadí;*

u osob do 6 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

Schopnost výběru oblečení a rozpoznání jeho vrstvení osvětluje především mentální schopnosti žadatele, zvládnutí úkonů bude dále problematické pro osoby se zrakovým postižením. Velmi pečlivě musíme zvážit schopnost zvládnutí úkonu především u dětí, matky mají tendenci schopnosti dětí bagatelizovat, oblečení, které si vybírají děti, a které jim vybírají dospělí se většinou často liší i u zdravých dětí.

o) oblékání, svlékání, obouvání, zouvání:

- 1. oblékání spodního a vrchního oděvu na různé části těla,*
- 2. obutí vhodné obuvi,*
- 3. svlékání oděvu z horní a dolní části těla,*
- 4. zouvání;*

u osob do 3 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

Oblékání a svlékání patří mezi základní úkony sebeobsluhy. Všimáme si upravenosti osoby, člověk, který dbá na přiměřený a čistý oděv, nepodlehne rezignaci. Pokud je při návštěvě sociálního pracovníka klient na lůžku v nočním úboru, zjišťujeme, kdy se převléká, resp. zda se vůbec převléká. Některé osoby mají potíže obléknout svrchní část oděvu (udávají většinou obtíže se zvedáním rukou), někteří naopak se spodní částí oděvu (udávají potíže s ohýbáním), někdy se posuzovaná osoba nezvládá obout (někdy chodí

celoročně v pantoflích, protože do bot se z nejruznějších příčin neobuje ani s využitím pomůcky).

V úkonu hodnotíme dále schopnost zapínat zipy, knoflíky, zavázat tkaničky. Matky často nenechávají dítě obléknout samotné, domnívají se, že by to dítě samo nezvládlo, rodiče často spěchají, nedají dítěti dostatečný časový prostor. V úkonu není hodnocena vlastní příprava oblečení, jeho vyndání ze skříně, zásuvek apod.

p) orientace v přirozeném prostředí:

- 1. orientování se v prostoru bytu, popřípadě i s použitím kompenzační pomůcky,*
- 2. orientování se v okolí domu, popřípadě i s použitím kompenzační pomůcky,*
- 3. poznávání blízkých osob,*
- 4. opuštění bytu nebo zařízení, ve kterém je osoba ubytována,*
- 5. opětovný návrat do bytu nebo do zařízení, ve kterém je osoba ubytována,*
- 6. rozlišování zvuků a jejich směru;*

u osob do 2 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 1, 2, 4 a 5; u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 2, 4 a 5;

Úkon nese nadpis **orientace** v přirozeném prostředí, opuštění bytu nebo zařízení, ve kterém je osoba ubytována a opětovný návrat do něj, tudíž hodnotíme z hlediska schopnosti orientace, nikoli lokomoce.

U dětí do 2 let věku zkoumáme pouze, zda dítě rozpozná blízké osoby a schopnost rozlišení zvuků a jejich směru. Posoudit reakci na zvuky u takto malých dětí je úkol nelehký, nedoslýchavost někdy těžko určují i rodiče, kteří jsou s dítětem v denním kontaktu, dokonce ani lékařská vyšetření nejsou bez speciálních přístrojů vždy zcela průkazná. U dětí od 3 do 7 let zkoumáme dále schopnost orientace v prostoru bytu, teprve nad 7 let i mimo bydliště.

q) provedení si jednoduchého ošetření:

- 1. ošetření kůže,*
- 2. použití nebo výměna ortopedické nebo kompenzační pomůcky nebo jiného zdravotnického prostředku,*
- 3. dodržování diety,*
- 4. provádění cvičení,*
- 5. měření tělesné teploty, měření glykosurie a ketolátek v moči,*

6. vyhledání nebo přivolání pomoci;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu; u osob do 18 let věku se hodnotí, zda z důvodu zdravotního postižení potřebují při úkonu mimořádnou pomoc, a to i u osob do 7 let věku, kdy se jinak nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při tomto úkonu;

Schopnost zvládat úkon q) provedení si jednoduchého ošetření a úkon r) dodržování léčebného režimu spolu úzce souvisí a vzájemně se prolínají. Hranice mezi „provádění cvičení“ (q,4) a „rehabilitací“ (r,6) je velmi tenká, stejně jako mezi „ošetřením kůže“ (q,1) a provádění převazů (r,5). Oba úkony lze charakterizovat jako úkony ošetřovatelské, zdravotní péče.

Zvýšenou pozornost opět věnujeme dětem do 18 let věku, zvláště kardiakům, diabetikům a dětem s nařízeným zvláštním dietním režimem.

r) dodržování léčebného režimu:

- 1. dodržování pokynů ošetřujícího lékaře,*
- 2. příprava léků, rozpoznání správného léku,*
- 3. pravidelné užívání léků,*
- 4. aplikace injekcí, měření glykémie, stanovení aktuální dávky inzulínu,*
- 5. provádění inhalací, převazů,*
- 6. rehabilitace nebo provádění logopedických cvičení;*

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu; u osob do 18 let věku se hodnotí, zda z důvodu zdravotního postižení potřebují při úkonu mimořádnou pomoc, a to i u osob do 7 let věku, kdy se jinak nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při tomto úkonu;

Při sociálním šetření zjišťujeme, zda žadatel uvedené činnosti potřebuje vykonávat (nemusí užívat léky). Je vhodné dotázat se na případné hospitalizace ve zdravotnickém zařízení, zaznamenáme charakter nemoci, délku pobytu, operace, zda klient podstupuje následné rehabilitace, zda např. dochází do domácnosti zdravotnický pracovník za účelem provádění převazů, aplikaci inzulínu, rehabilitace atd.

Posuzovaná osoba při sociálním šetření většinou popisuje veškeré své problémy zdravotního charakteru, uvádí nejen předchozí onemocnění, ale i případné plánované lékařské výkony, operace atd. Neméně důležité je nechat si popsat stav před hospitalizací a po ní, jak se posuzovaná osoba cítí, zda např. pozoruje zvýšení hybnosti prováděnou rehabilitací apod.

6.3 Úkony soběstačnosti

a) komunikace slovní, písemná, neverbální:

- 1. přijímání a vytváření smysluplných mluvených zpráv a srozumitelné řeči s použitím kompenzačních pomůcek, například naslouchadel,*
- 2. přijímání a vytváření smysluplných písemných zpráv, popřípadě s použitím kompenzační pomůcky, například brýlí,*
- 3. pochopení významu a obsahu přijímaných a sdělovaných zpráv a informací,*
- 4. komunikace prostřednictvím gest a zvuků;*

u osob do 2 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 1 až 3; u osob do 8 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodě 2;

Komunikace slovní, písemná, neverbální zahrnuje schopnost začít, udržet a ukončit výměnu myšlenek, mluvenou nebo psanou formou, znaky nebo jinou formou jazyka, s jednou nebo více osobami, známými nebo cizími, ve formálním nebo neformálním setkání. Produkovat slova, věty a delší úseky mluvených sdělení obsahujících jasný význam, jako je sdělení skutečnosti nebo vyprávění povídky mluveným jazykem, ale i rozumět zprávám obsahujícím jasný význam v psaném jazyce (vč. Braillově písma), jako je sledování politických událostí v denním tisku. Dále sem patří schopnost používat gesta, symboly, kresby k předávání zpráv, sdělovat význam pohyby těla, mimiky atd. (76).

Velká část seniorů nepoužívá písemnou formu komunikace, na text nevidí ani s použitím brýlí, příp. neovládají jemnou motoriku tak, aby mohli udržet tužku.

b) orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí:

- 1. rozlišování známých osob a cizích osob,*
- 2. znalost hodin,*
- 3. rozlišení denní doby,*
- 4. orientování se v místě bydliště, prostředí školy nebo školského zařízení nebo zaměstnání,*
- 5. dosažení cíle své cesty,*
- 6. rozlišení zvuků mimo přirozené prostředí;*

u osob do 3 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu; u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 2, 4, 5;

Orientační funkce lze definovat jako všeobecné mentální funkce poznávání a ujištění se o vlastním vztahu k sobě, ke druhým, k času a ke svému okolí. Rozlišujeme orientaci

v čase (mentální funkce, která zajišťuje uvědomění si dne, měsíce a roku), orientaci v místě (mentální funkce, která zajišťuje uvědomění si místa, jako je bezprostřední okolí, nějaké město nebo krajina) a orientaci vzhledem k osobám, kterou dále dělíme na orientaci vzhledem k sobě (mentální funkce, která zajišťuje uvědomění si vlastní identity) a orientaci vzhledem k druhým osobám (mentální funkce, která zajišťuje uvědomění si identity druhých osob v bezprostředním okolí) (76).

V úkonu je rovněž hodnocena schopnost dosažení cíle své cesty a rozlišení zvuků mimo přirozené prostředí, hodnotíme tedy posuzovanou osobu jako účastníka dopravy a to vč. užívání dopravních prostředků, ať už jako pasažér (být vezen v autě nebo autobuse, taxi, tramvaji, metrem, letadlem) nebo jako řidič.

c) nakládání s penězi nebo jinými cennostmi:

- 1. znalost hodnoty peněz,*
- 2. rozpoznání jednotlivých bankovek a mincí,*
- 3. rozlišení hodnoty věcí;*

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

Hodnotíme pouze předepsané činnosti, tzn., že nelze např. zkoumat schopnost klienta manipulace s bankomatem, užívání internetu, schopnost spořit své prostředky apod.

Schopnosti ověřujeme cílenými dotazy, např. zda má dotyčný nějaký příjem, kdo s ním hospodaří, jakým způsobem přijímá např. důchod (pošta, banka, poštovní doručovatelka), zda zná jeho výši, ale i jakým způsobem hradí poplatky spojené s užíváním bytu. Dále se lze např. dotázat na jednotlivé ceny zboží v obchodě, je zřejmé, že senior, který nebyl rok mimo svou domácnost nebude znát přesnou cenu mléka, zkoumáme řádově hodnotu potravin, textilu nebo třeba automobilu.

d) obstarávání osobních záležitostí:

- 1. styk a jednání se školou nebo školským zařízením, zájmovými organizacemi,*
- 2. jednání se zaměstnavatelem, orgány veřejné moci, zdravotnickými zařízeními, bankou,*
- 3. obstarání si služeb,*
- 4. rozlišení a vyplnění dokumentů a tiskopisů;*

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu; u osob do 15 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 2 až 4;

Již samotné podání žádosti je signálem, na kolik je žadatel schopen obstarávat si osobní záležitosti. V případě, že při vyřizování žádosti jednal osobně, je zřejmé, že tento úkon

zvládá bez pomoci další osoby. V ostatních případech se cíleně dotazujeme, např. k jakému lékaři žadatel dochází, zda navštěvuje specializovaná či odborná zdravotnická zařízení, zda k lékaři chodí sám či nikoli, popř. jak často. Schopnosti posuzované osoby můžeme ověřit dotazy na zavedení bankovního účtu, příp. jakým způsobem vyřizuje své záležitosti u úřadů, jak hradí poplatky spojené s užíváním bytu apod.

U dětí je nutné rozlišit, zda dítě navštěvuje běžnou základní školu či školu speciální popř. o jaký typ školského zařízení se jedná. Je důležité rozlišit, jaký ročník školní docházky plní, pokud ročník opakuje, z jakého důvodu. Je-li dítě schopno plnit povinnosti školní docházky, je schopno odpovídat na otázky samo, popsat, zda má další mimoškolní zájmovou činnost, zda navštěvuje kroužky, zda do školy dochází samo či s doprovodem apod.

e) uspořádání času, plánování života:

1. dodržování denního a nočního režimu,

2. plánování a uspořádání osobních aktivit během dne a během týdne,

3. rozdělení času na pracovní a domácí aktivity a na volný čas,

4. přizpůsobení denního a nočního režimu potřebám léčby a ošetřování;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 2 a 3;

Rozdělení aktivit na pracovní a domácí a volný čas se zdá být problematické u osob, které nejsou zapojeny do aktivního pracovního procesu. Zvláště u seniorů bychom mohli konstatovat, že veškerý čas, je časem volným. Hodnotíme vlastní schopnost rozdělení aktivit - účelově prováděné domácí práce, které lze rovněž charakterizovat jako aktivity pracovní a činnosti odpočinkové, rekreační - četba, kultura, návštěvy přátel.

Neméně důležité je zhodnotit časovou orientaci a schopnosti účelového plánování různých činností - kdy půjde dotyčný nakoupit, kdy k lékaři, jaký mám připravený odpolední program, kdy čeká návštěvu rodiny atd.

f) zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku:

1. předškolní vzdělávání a výchova, školní vzdělávání a výchova, získávání nových dovedností,

2. aktivity podle zájmů a místních možností, zejména hry, sport, kultura, rekreace,

3. vstupování do vztahů a udržování vztahů s jinými osobami podle potřeb a zájmů;

u osob do 3 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

Děti v předškolním věku dosahují prvního stupně nezávislosti na rodičích. V tomto období (zhruba 3. - 6. rok života) se učí manipulovat se symbolickým světem, hlavní vývojové pokroky se odehrávají především v oblasti sociálního chování a samostatnosti v praktickém životě. Dítě je v období nástupu do školy zralé pro navazování kontaktů s vrstevníky, což je dáno dalším vývojem mozkové tkáně. Školní znalosti a dovednosti, jako je rozpoznávání čísel, písmen a slov, počítání a psaní, jsou v popředí zájmů dítěte (72). U dětí stejně jako v úkonu II., písm. d., 1. (*styk a jednání se školou nebo školským zařízením, zájmovými organizacemi*) opět zjišťujeme schopnosti ve vztahu ke vzdělávání. Rozdíl mezi uvedeným úkonem a úkonem II., písm.f, 1. (*předškolní vzdělávání a výchova, školní vzdělávání a výchova, získávání nových dovedností*) spočívá ve věku hodnocených dětí, kdy v prvním případě zkoumáme zájmy a schopnosti dětí nad 7 let, ve druhém případě již se jedná o děti předškolního věku, tedy od 3 let.

U zletilých osob ověřujeme schopnost zapojit se do zájmových aktivit, záleží na osobním přístupu každé osoby. Na jednu stranu se můžeme setkat s vozíčkáři, kteří se dokáží přepravit do centra dění, navštěvují kina, divadla, koncerty. Na druhou stranu může vidět plně mobilní osoby, které však pro své psychické obtíže (deprese, úzkostnost, fobie a jiné psychiatrické poruchy) nejsou schopny navázat vztah s jinými osobami a nemají prakticky žádné zájmy a koníčky.

Vytváření vztahů lze charakterizovat jako činnost, při které začínáme a udržujeme jednání s ostatními lidmi na krátkou nebo delší dobu, v daných souvislostech, společensky vhodným způsobem, jako je představení se, navazování a upevňování přátelství a profesionálních vztahů, začít vztah, který má být trvalý, romantický nebo intimní (76).

g) obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování):

- 1. plánování nákupu,*
- 2. vyhledání příslušného obchodu,*
- 3. výběr zboží,*
- 4. zaplacení nákupu,*
- 5. přinesení běžného nákupu,*
- 6. uložení nákupu;*

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

Nakupování vyžaduje schopnost koordinované činnosti při více výkonech. Musíme zvládat vlastní směnu zboží za peníze a služby pro denní provoz, musíme rozlišit výběr potravin, nápojů, čisticí prostředky, domácí potřeby, nebo šatstvo. Je nutné umět srovnat

kvalitu a cenu potřebného zboží, ale i dokázat jednat s cizími osobami, dotázat se na směr apod. (76). V úkonu opět dochází k prolínání psychických a fyzických schopností posuzované osoby, donášku nákupu může zařadit mezi úkony poměrně fyzicky náročné.

h) vaření, ohřívání jednoduchého jídla:

- 1. sestavení plánu jídla,*
 - 2. očištění a nakrájení potřebných surovin,*
 - 3. dávkování surovin a přísad,*
 - 4. vlastní příprava jednoduchého teplého jídla s malým počtem surovin a přísad, na jehož úpravu jsou potřebné jednoduché postupy za použití spotřebiče,*
 - 5. ohřívání jednoduchého jídla;*
- u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu; u osob do 15 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 1 až 4;*

Rovněž vaření patří mezi koordinované výkony, musíme se připravit, uspořádat si čas a prostor. Do úkonu zahrnujeme pouze přípravu a vaření jídla s malým množstvím přísad, které vyžaduje jednoduché metody přípravy a servírování jako vaření rýže nebo brambor. Za složitou lze považovat takovou přípravu jídla, kde užíváme úkony jako hnětení, přelévání, překládání, příprava jídla na více mísách apod. (76).

i) mytí nádobí:

- 1. umytí a osušení nádobí,*
 - 2. uložení použitého nádobí na vyhrazené místo;*
- u osob do 10 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;*

V úkonu hodnotíme pouze činnosti jmenované vyhláškou, tedy mytí a osušení talířů, hrnců, příborů, ale i nástrojů potřebných k vaření a jejich úklid na vyhrazené místo. Mytí a osušení nádobí lze provádět v poloze v sedě, dbáme na zjištění, jakým způsobem posuzovaná osoba ukládá nádobí do horních či naopak dolních skříněk či polic. Nezkoumáme však, jak klient zvládá vlastní úklid po vaření, čištění pracovních ploch určených k vaření, či prostoru kuchyně.

j) běžný úklid v domácnosti:

- mechanická nebo přístrojová suchá a mokrá očista povrchů, nábytku, podlahy v bytě;*
- u osob do 12 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;*

Běžný úklid domácnosti zahrnuje úklid obytných prostor, utírání prachu, zametání, čištění podlahy, luxování, ošetření nábytku. Mezi náročnější výkony, které nelze považovat za běžný každodenní úklid, lze označit mytí oken, mytí schodů, čištění WC a koupelny, čištění čalouněných souprav za použití přístroje, mytí sporáku.

k) péče o prádlo:

- 1. třídění prádla na čisté a špinavé,*
- 2. skládání prádla,*
- 3. ukládání prádla na vyhrazené místo;*

u osob do 10 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

Péči o prádlo zákon věnuje velký prostor, péče je hodnocena dokonce ve třech oddílech. Úkon péče o prádlo je tedy zaměřen pouze na třídění na čisté a špinavé, skládání prádla a jeho uložení na vyhrazené místo, což jsou činnosti, které spolu logicky nesouvisejí, nejsou řazeny chronologicky. Z činností tohoto úkonu je nejnáročnější uložení prádla na vyhrazené místo.

Úkon se překvapivě nehodnotí u dětí mladších deseti let, ačkoli skládání prádla či jeho uložení na vyhrazené místo se učí již děti předškolního věku v mateřské škole.

l) přepírání drobného prádla:

- 1. rozlišení jednotlivých druhů prádla,*
- 2. praní drobného prádla v ruce,*
- 3. sušení prádla;*

u osob do 10 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

Přepírání drobného prádla v ruce je fyzicky náročnější než praní prádla v automatické pračce. Zjišťujeme, zda tuto činnost posuzovaná osoba vykonává, příp. s jakou frekvencí, kam větší prádlo k usušení - v jaké výšce jsou umístěné šňůry na prádlo. Nezřídka veškerou péči o prádlo (vč. praním sušení, skládání, žehlení) zajišťují pečovatelé mimo domácnost posuzované osoby.

m) péče o lůžko:

- 1. ustlání, rozestlání lůžka,*
- 2. výměna lůžkovin;*

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu; u osob do 15 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnosti uvedené v bodě 2;

Mezi další úkony péče o zabezpečení domácnosti patří péče o lůžko. Vlastní zastlání a rozestlání postele nepatří mezi fyzicky náročné úkony, obtížnější bývá až výměna lůžkovin, která se u dětí nehodnotí překvapivě až do věku 15 let. Výměnu lůžkovin při normálním psychosociálním vývoji běžně zvládají děti cca od věku 10 let.

n) obsluha běžných domácích spotřebičů:

1. zapnutí, vypnutí běžných domácích spotřebičů, například rozhlasu, televize, ledničky, varné konvice, mikrovlnné trouby,

2. telefonování;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

Moderní doba přináší stále nové vědecké poznatky a s nimi dochází k masivnímu rozvoji technických prostředků. Běžně používáme spotřebiče, které jsme ještě nedávno neznali - mikrovlnné trouby, varné konvice, mobilní telefony. S přibývajícím věkem sice klesá schopnost učit se novým věcem, avšak např. užívat mobilní telefon z principu odmítají i někteří senioři, kteří jsou jinak zcela soběstační. Za nezvládnutý úkon hodnotíme pouze v případě, že osoba není schopna se telefonování naučit z důvodu mentálních schopností nebo není schopna komunikace, či mechanického ovládnutí přístroje.

Některé osoby jsou schopny manipulovat se spotřebiči jako je plynový sporák, zapomínají jej však vypnout. V těchto případech často rodinní příslušníci nechávají přívod odpojit, resp. uzavírají hlavní ventil, z čehož je více než zřejmé, že posuzovaná osoba manipulaci nezvládá.

o) manipulace s kohouty a vypínači:

1. ovládání manipulace s kohouty a vypínači,

2. rozlišení kohoutů a vypínačů,

3. ruční ovládání vodovodních kohoutů nebo pákových baterií a elektrických vypínačů;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

Pro usnadnění manipulace s vodovodními bateriemi již jsou ve většině domácností instalovány pákové baterie, které mají jednoduchou obsluhu. Rovněž světelné vypínače bývají nahrazovány vypínači s větší styčnou plochou, k jejich ovládnutí se tak snižují nároky na jemnou motoriku. Přesto však v některých starších domech přetrvávají vypínače, které se ovládají otočením, manipulace s nimi je pak náročnější.

p) manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří:

1. *zamykání a odemykání dveří,*
 2. *ovládání klik, otevíracích a zavíracích mechanismů u oken;*
- u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;*

Otvírání, zavírání oken a dveří, vyžaduje obdobné schopnosti jako u předchozího úkonu. Manipulace se zámky a klikami vyžaduje schopnost koordinovaných činností ruky, tedy uchopení, držení, vedení, tlačení, užití prstů, změny jejich poloh, uvolňování atd. **(76)**.

q) udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady:

1. *udržování vybavení domácnosti v čistotě,*
 2. *třídění odpadů,*
 3. *vynášení odpadů na vyhrazené místo;*
- u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;*

V úkonu hodnotíme schopnost udržovat a upravovat domácnost a jiné osobní předměty vč. domu, jako je zalévání a péče o rostliny nebo krmení a péče o domácí zvířata. Dále zkoumáme jakým způsobem posuzovaná osoba skladuje, třídí a odstraňuje domácí odpad, jako je sběr smetí a odpadků v domácnosti, příprava odpadků k odstranění, užití nádoby na smetí a vlastní vynášení odpadů na vyhrazené místo.

r) další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti:

1. *obsluha topení,*
 2. *praní prádla,*
 3. *žehlení prádla;*
- u osob do 15 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu.*

Obsluha topení je velmi nejednoznačný termín, vlastní obsluha je odvislá od typu vytápění domácnosti. Může tak obnášet fyzicky náročnou donášku uhlí ze sklepa do patra, či nastavení příslušného teplotního stupně plynového či elektrického vytápění ale i jednoduchou regulaci ventilu radiátoru ústředního vytápění.

Praní prádla hodnotíme za pomoci spotřebiče, tedy jakéhokoliv typu pračky, schopnost praní drobného prádla v ruce je testována úkonem II.písm. 1. Žehlení je činnost poměrně fyzicky náročná (příprava prádla, příprava žehlicí plochy), vlastní žehlení je obvykle prováděno v poloze v sedě.

6.4 Souhrnná zpráva

Sociální šetření „začíná“ v kanceláři při podání žádosti klienta. Sociální pracovník by měl sledovat, zda se klient dostavil osobně pro tiskopisy, zda podal žádost sám, či za něj vše vyřizují rodinní příslušníci nebo další osoby.

Termín sociálního šetření si domlouváme předem, u šetření z důvodu zjištění stupně závislosti, není účelem zastihnout klienta nepřipraveného. Blízké osoby většinou chtějí být při návštěvě sociálního pracovníka přítomné. Přítomnost pečující osoby je většinou žádoucí, posuzované osoby často nejsou schopny samy podat relevantní informace. Klienti někdy bývají zmatení, nejistí, bojí se cizích lidí, nicméně pokud je to možné, komunikujeme především se žadatelem.

Vlastní sociální šetření probíhá v přirozeném sociálním prostředí tedy v domácnosti, kde posuzovaná osoba stabilně žije. Šetření dále vykonáváme v pobytových zařízeních sociálních služeb. U dětí lze sociální šetření vykonat i ve stacionáři, pokud je zde umístěno dítě celodenně a prostředí považuje za sobě vlastní. Není-li dítě v zařízení umístěno k celoročnímu pobytu, neměl by však chybět rozhovor s rodiči.

Při návštěvě klienta v pobytovém zařízení, vždy na místě nejprve kontaktujeme personál, který by měl mít přehled o tom, kdo se v zařízení pohybuje. V případě, že žádost o příspěvek došla poštou, je nutné nejprve požádat o občanský průkaz žadatele, ze kterého verifikujeme osobní údaje. Dále požádáme pracovníka zařízení, aby nás informoval o psychickém stavu žadatele, tedy zejména o informaci, zda s posuzovanou osobou můžeme jednat bez přítomnosti sociálního pracovníka zařízení nebo zda je nutné, aby nás doprovodil a doplňoval výpověď žadatele.

Na sociální šetření si vymezíme dostatečný časový prostor, představíme se, umožňuje-li to zdravotní stav žadatele, nemělo by chybět podání ruky. Rozhovor přizpůsobíme situaci, může začít zjištěním, zda posuzovaná osoba chápe význam naší návštěvy, zaznamenáme, zda se jedná o první žádost či žádost opakovanou (po předchozím zamítnutí), zda se jedná o žádost o zvýšení příspěvku a z jakého důvodu dotýčný o příspěvek žádá.

V případě, že se jedná o žádost o zvýšení příspěvku, sociální pracovník by měl posoudit, zda od předchozího sociálního šetření došlo ke změně v soběstačnosti a případný rozdíl zaznamenat.

Zápis ze sociálního šetření musí mít pevně danou, logickou strukturu, oddělujeme popis prostředí, psychické a fyzické stránky, sociálního zázemí, nepřeskakujeme.

Nejprve zaznamenáme již zmíněné pořadí žádosti a její důvod. Popíšeme celkovou **sociální anamnézu**, zda klient žije sám či nikoli, kdo o něj pečuje. Zaznamenáme, zda se

v péči střídá více osob, zda je pečující osoba zaměstnána, příp. s jakou frekvencí klienta navštěvuje, časové intervaly od kdy do kdy je žadatel v domácnosti sám, jakým způsobem je domluveno, že si přivolá pomoc v případě obtíží.

V případě, že žadatel využívá **sociální služby**, uvedeme o jaký druh se jedná. Např. u osobní asistence zaznamenáme počet hodin, které s asistentem tráví a v čem spočívá jeho pomoc. U pečovatelské služby zaznamenáme, které úkony má klient nasmlouvány a s jakou frekvencí je využívá. U pobytových zařízení rovněž uvádíme o jaký typ se jedná.

Rozlišujeme v jakém **prostředí** klient žije, zda se jedná o rodinný dům nebo byt, dále v jakém poschodí žije, zda je nutné překonávat schody a jakým způsobem tak činí. Udávali klient pády, zjistíme četnost, dotážeme se, kdy naposledy upadl, dotážeme se na příčinu (zakopnutí, chvilková slabost, nevolnost, motání hlavy). Uvádíme, jak často posuzovaná osoba opouští domácnost, kdy byla naposledy venku, kdo ji doprovází, jakým způsobem se přepravuje, zda dojíždí k lékaři či on za ní, zda navštěvuje specialisty.

Zjistíme, zda má klient předepsanou medikaci, kdo léky připravuje, dává, zda klient zná interval jejich užívání a je schopen jej dodržet. Do zprávy popíšeme veškeré klientovi zdravotní obtíže, které udává. Zaznamenáme pobyty v nemocnici, jejich délku, úrazy, operace, plánované výkony.

Popíšeme veškeré **kompensační pomůcky**, které posuzovaná osoba užívá (např. sluchadlo, brýle, hole, protézy, pomůcky k oblékání, obouvání, lupy, vibrační pomůcky pro sluchově postižené apod.) .

Dále zjistíme denní rituály klienta, prostřednictvím konkrétních dotazů – kdo ráno připravil snídani, co snídal, zda pije čaj nebo kávu, jak ji vaří, zda ve varné konvici nebo na sporáku apod. Necháme si vysvětlit, v čem spočívá pomoc jiné osoby, např. uvede-li, že pečující osoba pomáhá při koupání, požádáme o **specifikaci**, tedy v čem konkrétně potřebuje pomoc. Může se jednat o pomoc se svlékáním, s nástupem do vany, mytím vlasů, ale také se může jednat pouze o kontrolní hlasový kontakt přes dveře.

U osob umístěných v pobytových zařízeních se dotážeme na délku pobytu, důvod umístění, zda se dotyčný stravuje na pokoji či v jídelně, zájmy, denní činnosti, jaký má vztah ke spolubydlícím, příp. zda v zařízení našel přátele, kdo jej navštěvuje apod.

Zjistíme **tělesnou zdatnost** klienta, můžeme se nechat provést po bytě, ukázat si koupelnu, v zařízení doprovodit do společenské místnosti.

Zaznamenáme **mentální schopnosti** žadatele, ověříme, zda plnil povinnou školní docházku, stupeň vzdělání, případná zaměstnání. V případě, že osoba pobírá invalidní důchod, pátráme po příčině a žádáme sdělení, od jaké doby byl přiznán.

Všimáme si **aktuálního psychického stavu** žadatele a postojů k životu. Někteří klienti bývají vitální, optimističtí jiní naopak depresivní, emočně nestabilní, rezignující, nezřídka avizují myšlenky na ukončení života. V těchto případech je třeba zjistit, zda dotyčný navštěvuje odborného lékaře, je nutné záležitost konzultovat s rodinou, příp. ošetřujícím lékařem.

Velmi specifické je posouzení stupně závislosti u **dětí**. Snažíme se navázat kontakt, získat důvěru dítěte, požádáme o ukázání pokoje, hraček, obrázků, které dítě namalovalo. Chování, jednání i komunikaci přizpůsobíme věku dítěte. Během dětství a dospívání se lidský jedinec výrazně mění a vyvíjí, jednotlivá vývojová období jsou svým způsobem specifická (72). Nárok na příspěvek na péči nemá dítě mladší jednoho roku. Teprve ve druhém roce života přichází vývojový zlom v psychice dítěte, přichází počátek nezávislosti a samostatnosti, dítě si začíná uvědomovat sebe sama (72). V žádném případě nelze provést sociální šetření, aniž by posuzovaná osoba nebyla přítomná, a to ani u velmi malých dětí, kde většinu informací podávají rodiče, ani v případě, že posuzovanou osobu osobně známe.

V případě, že na základě sociálního šetření vychází u klienta III. či IV. stupeň závislosti a dotyčný žije sám, zjevně něco není v pořádku. Je možné, že ze strany posuzované osoby došlo ke zveličení obtíží anebo je skutečně ve stádiu, kdy by mělo být urychleně zajištěno umístění v sociálním, popř. zdravotnickém zařízení.

Osoba v tak vysokém stupni závislosti nemůže žít sama, i když za ní denně někdo dochází. V těchto případech je povinností sociálního pracovníka konzultovat svá zjištění s klientem, je-li schopen chápat dosah tohoto jednání, příp. s rodinnými příslušníky. Řešením bývá celodenní péče ze strany rodiny, ať už v domácnosti žadatele, nebo jiné osoby, příp. podáme informaci o vhodných pobytových sociálních zařízeních. Není-li těchto osob, umístění konzultujeme s ošetřujícím lékařem, který může zajistit převoz do zdravotnického zařízení do doby, než bude vyřízena žádost o přijetí do zařízení sociálního.

7. Návrhy změn platné právní úpravy

Formulovat náměty a doporučení na změny zákona č.106/2008 Sb., o sociálních službách bylo jedním z cílů práce. Na základě zjištění autorky jsou navrhovány následující změny. Tyto návrhy jsou uspořádány dle paragrafového znění současné právní úpravy.

§ 1 odst. 2 Předmět úpravy

Doplnit do zákona mezi činnosti, které vymezují předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka, zpracování agendy příspěvku na péči. V předmětu úpravy stávajícího znění zákona není tato činnost uvedena, tímto způsobem je umožněno dělení agendy příspěvku na péči mezi dva pracovníky, tzv. administrátora a sociálního pracovníka provádějícího sociální šetření ve smyslu § 25 zákona o sociálních službách.

§ 7 odst. 1 Podmínky nároku na příspěvek na péči

Doplnit, resp. specifikovat, v čem má spočívat potřebná pomoc. Lze provést výčtem činností, na jejichž úhradu nelze příspěvek na péči použít.

§ 8 Podmínky nároku na příspěvek na péči

V písm. a) nahradit slova: „při více než 12 úkonech péče“ slovy : „ při více než 9 úkonech péče“.... Snížením počtu úkonů u osob starších 18 let dojde ke zvýšení možnosti získání příspěvku na péči v prvním stupni závislosti, za podmínky, že bude zachován výčet úkonů péče o vlastní osobu a soběstačnosti dle § 9 zákona o sociálních službách.

§ 9 Podmínky nároku na příspěvek na péči

Definovat nově úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti, diverzifikovat je tak, aby postihovaly hodnocení soběstačnosti pokud možno všech typů zdravotních postižení. Lze nastavit obdobné hodnocení jako je Barthelův test základních všedních činností a Test instrumentálních všedních činností podle Lawsona a Bodyho.

§ 11 Výše příspěvku

Snížit výši příspěvku v prvním stupni závislosti na 800 Kč u obou věkových skupin. Uvedená částka je dostačující pro nákup sociálních služeb v prvním stupni závislosti.

§ 14a odst. 1 Změna nároku na příspěvek a jeho výplatu

Změnit ustanovení uvedeného paragrafu, aby nedocházelo k výplatě příspěvku v prvním měsíci podání žádosti, je-li osobě ode dne podání žádosti do konce kalendářního měsíce, ve kterém je žádost podána, poskytována péče formou ústavní péče v nemocnici nebo odborném léčebném ústavu. Účelem je nevyplácet příspěvek na péči osobám, které jsou v době podání žádosti již umístěné ve zdravotnickém zařízení a setrvají zde do konce kalendářního měsíce. Výplata příspěvku se dle stávající zákonné úpravy zastaví od prvního dne kalendářního měsíce následujícího po kalendářním měsíci, ve kterém byla oprávněná osoba do zdravotnického zařízení přijata, po ukončení hospitalizace a přesunu do přirozeného sociálního prostředí, je tak příspěvek na péči vyplacen i za první měsíc, ačkoli osoba po celou dobu jeho trvání byla umístěna ve zdravotnickém zařízení.

§ 18 odst. 3 Způsob výplaty příspěvku

Doplnit slovo „nejdéle“ do stávajícího znění : Požádá-li příjemce příspěvku o změnu způsobu výplaty příspěvku, je obecní úřad obce s rozšířenou působností povinen provést změnu způsobu výplaty příspěvku „nejdéle“ od kalendářního měsíce následujícího po kalendářním měsíci, v němž mu byla taková žádost doručena. V případech, kdy příjemce příspěvku na péči žádá okamžitou změnu způsobu výplaty např. z důvodu obstaveného či zrušeného bankovního účtu, nesmí obecní úřad obce s rozšířenou působností změnu provést, ačkoli svým postupem zjevně může příjemce příspěvku přivést do tíživé životní situace.

Zavést v prvním stupni závislosti výplatu příspěvku na péči pouze formou přímé úhrady registrovanému poskytovateli sociálních služeb. V prvním stupni závislosti dominuje zabezpečení péče neformálními poskytovateli. Příspěvek na péči je užíván jako další rodinný příjem, pomoc v rozsahu prvního stupně závislosti by měla být poskytována v rámci rodinné a mezigenerační solidarity. Příspěvek na péči v prvním stupni závislosti by tak byl vyplácen pouze osobám, kterým není pomoc poskytována blízkými osobami.

§ 18 a Způsob výplaty příspěvku ve stupni I (lehká závislost) osobě starší 18 let

Zrušit stávající ustanovení – obsaženo v ustanovení § 18 - Způsob výplaty příspěvku, který se vztahuje k výplatě ve všech stupních závislosti.

§ 21a Povinnosti žadatele o příspěvek, oprávněné osoby a jiného příjemce příspěvku

Doplnit do stávajícího znění právní úpravy povinnost hlásit přesun oprávněné osoby z ústavní péče zdravotnického nebo odborného léčebného ústavu do jiného zařízení stejného typu. Přemístěním z jednoho zdravotnického zařízení do jiného dochází zároveň i ke změně ošetřujícího lékaře. V případě, že se jedná o hospitalizaci osoby, se kterou je vedeno správní řízení ve věci přiznání příspěvku na péči, nemůže posudkový lékař okresní správy sociálního zabezpečení získat nález ošetřujícího lékaře potřebný pro stanovení stupně závislosti. Posudkový lékař nezjišťuje změnu ošetřujícího lékaře, žádá o doplnění informací obecní úřad obce s rozšířenou působností, který následně dohledává skutečný pobyt oprávněné osoby a jejího ošetřujícího lékaře. Povinnost hlásit přesun oprávněné osoby do jiného zdravotnického zařízení omezí průtahy v řízení.

§ 23 Řízení o příspěvku

Doplnit do stávající právní úpravy postup pro řízení zahájená z moci úřední v případě, že nezletilá osoba využívá pobytové služby (§ 48, 50, 52). Současný stav umožňuje zastupování zařízením sociálních služeb této osoby pouze při podání žádosti o přiznání příspěvku na péči. V případě, že správní orgán zahájí správní řízení z moci úřední z důvodu přehodnocení stupně závislosti, oznámení o zahájení řízení může fiktivně doručit rodičům dítěte, kteří ale často neposkytnou součinnost, nesplní zákonem uložené povinnosti, např. neoznačí osoby blízké nebo jiné fyzické osoby anebo právnické osoby, které osobě poskytují nebo budou poskytovat pomoc, nedoloží způsob pomoci a písemný souhlas osoby blízké anebo jiné fyzické osoby nebo právnické osoby s jejím poskytováním.

Doplnit do stávající právní úpravy zastupování nezletilé osoby, která využívá pobytové služby (§ 48, 50, 52), a byla jí nařízena ústavní výchova, a zastupováním této osoby pověřit zařízení, ve kterém je umístěna. Stejný způsob zastupování stanovit pro řízení o přiznání příspěvku na péči na základě podané žádosti i pro řízení zahájená z moci úřední.

§ 25 Řízení o příspěvku

Doplnit do stávající právní úpravy povinnost okresní správy sociálního zabezpečení v průběhu řízení, v případech zvláště hodných zřetele, např. při podstatném zhoršení zdravotního stavu a tím způsobené závislosti na pomoci jiné osoby, stanovit stupeň závislosti pro různá časová období, pokud o to obecní úřad obce s rozšířenou působností požádá, a to i v případech, kdy obecní úřad obce

s rozšířenou působností neprovedl opakované sociální šetření. V případech, kdy je zahájené řízení ve věci přiznání, zvýšení resp. přehodnocení nároku na příspěvek, nelze požádat o zvýšení příspěvku na péči, dojde-li k podstatné změně zdravotního stavu oprávněné osoby a tím ke zvýšení závislosti na pomoci jiné fyzické osoby. Okresní správa sociálního zabezpečení vydá více než jeden výsledek posouzení stupně závislosti z podnětu obecního úřadu obce s rozšířenou působností, pouze v případě, že správní orgán provede další sociální šetření. V případech, kdy je oprávněné osobě poskytována péče formou ústavní péče v nemocnici nebo odborném léčebném ústavu, obecní úřad obce s rozšířenou působností šetření ve smyslu § 26 zákona o sociálních službách pokud tato péče trvá, sociální šetření neprovádí.

§ 28 Řízení o příspěvku

Doplnit do stávající právní úpravy postup v řízení odvolacího orgánu, který by měl být shodný s postupem prvoinstančního orgánu, zejm. doplnit povinnost odvolacího orgánu uvést v rozhodnutí výsledek posouzení stupně závislosti odvolacího řízení. § 29 odst. 1 písm. d) zákona o sociálních službách stanoví obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností povinnost kontrolovat, zda způsob poskytované pomoci a její rozsah odpovídá stanovenému stupni závislosti a zda je zaměřena na úkony, které dle výsledku posouzení stupně závislosti úřadem práce¹⁸ není osoba schopna zvládnout. V případě, že došlo k přiznání příspěvku v odvolacím řízení, neuvedením výčtu nezvládnutých úkonů, nelze povinnost kontroly plnit.

§ 29 Kontrola využívání příspěvku

Zrušit stávající znění a v návaznosti na § 7 zákona, který vymezuje účel užití příspěvku na péči, definovat předmět kontroly. Předmětem kontroly, kterou provádějí pracovníci obecních úřadů obcí s rozšířenou působností, nebude využívání příspěvku na péči osobami, kterým jsou poskytovány pobytové sociální služby. Kontrola v pobytových zařízeních sociálních služeb by měla být prováděna pouze v rámci inspekce poskytování sociálních služeb.

§ 30 Informační systém o příspěvku

¹⁸ chybný termín v současném znění zákona o sociálních službách

Doplnit stávající znění zákona, aby pracovníkům obecních úřadů obcí s rozšířenou působností a pracovníkům krajských úřadů, kteří vedou řízení o příspěvku na péči, vč. odvolacího řízení byl umožněn přístup k referenčním údajům v základním registru obyvatel. Současný softwarový systém neumožňuje pracovníkům získat relevantní data pro řízení ve věci příspěvku na péči např. při úmrtí nebo změně trvalého bydliště oprávněné osoby.

§ 43 Podpora samostatného bydlení

Zrušit § 43 zákona o sociálních službách Podpora samostatného bydlení. Veškeré činnosti této služby jsou obsaženy ve službě definované v § 51 zákona o sociálních službách Chráněné bydlení.

§ 74 Sociální služby poskytované za úhradu

Zrušit povinnost obecních úřadů obcí s rozšířenou působností stanovit úhradu za stravu a péči je-li dítě umístěno do domova pro osoby se zdravotním postižením na základě rozhodnutí soudu o nařízení ústavní výchovy nebo předběžného opatření. Stanovování úhrady obecními úřady obcí s rozšířenou působností je neefektivní, administrativně náročné. Povinnost úhrady v uvedeném případě by měl stanovit soud v rámci řízení o nařízení ústavní výchovy nebo předběžného opatření, rodičům dítěte rovným dílem, a to za stravu v částce odvislé od hranice životního minima dítěte a za péči ve výši přiznaného příspěvku na péči. Rodič by měl být vázán vyživovací povinností ke svému dítěti bez ohledu na výši příjmů.

§ 92 Působnost při zajišťování sociálních služeb

V § 92 písm. a) zákona nahradit slova „poskytnutí sociální služby“ za „poskytnutí sociálního poradenství a kontaktů na vhodného poskytovatele sociálních služeb“. Zajistit poskytnutí sociální služby vyjma sociálního poradenství není pro obecní úřad obce s rozšířenou působností možné v případě, že odpovídající sociální služba v regionu není zabezpečována příslušnými registrovanými poskytovateli sociálních služeb příp. pokud sám službu nezřizuje. Pomoc osobě v situaci, kdy by neposkytnutí sociální služby mohlo ohrozit její zdraví, musí kompenzovat dávka pomoci v hmotné nouzi v takové výši, aby si osoba mohla přiměřenou např. pobytovou sociální službu uhradit.

§ 106 odst. 3 Správní delikty

Doplnit do stávající právní úpravy, že osoba blízká nebo jiné fyzická osoba uvedená v § 83 zákona, která poskytuje oprávněné osobě pomoc, a poskytovatel sociálních služeb, který poskytuje pobytové sociální služby dle § 48 až 51, zdravotnické zařízení, které poskytuje sociální služby dle § 52, a speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu, pokud poskytuje sociální služby, se dopustí přestupku tím, že neohlásí ve lhůtě stanovené § 21a odst.1 zákona, přijetí oprávněné osoby do ústavní péče v nemocnici nebo odborném léčebném ústavu. Současná právní úprava stanovuje ohlašovací povinnost bez sankce za porušení této povinnosti.

§ 110 odst. 4 písm. b) Sociální pracovník

Nahradit ve stávající právní úpravě slovo „právo“ slovy „právo v sociálním zabezpečení“. Vzhledem k tomu, že současná právní úprava nespécifikuje oblast právního vzdělání, jsou za sociální pracovníky považovány osoby, které mají vysokoškolské vzdělání v jakémkoli oboru práva, např. při vystudovaném oboru Právo v podnikání.

Doplnit do stávající úpravy - zaměření oboru vzdělání je hodnoceno složením státní závěrečné zkoušky v oborech jmenovaných § 110 odst. 4 písm.b). Současná právní úprava umožňuje různý výklad termínu „oborech zaměřených na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku“. V případech, kdy není v názvu studijního oboru uvedena činnost jmenovaná § 110 odst.4 písm.b) zákona, může docházet k případům, kdy zaměstnavatel neuzná splnění kvalifikačních požadavků na pozici sociálního pracovníka, a proto může docházet k diskriminaci těchto osob na pracovním trhu.

§ 120 Přejídná ustanovení

Doplnit do stávající právní úpravy povinnost obecních úřadů obcí s rozšířenou působností zahájit řízení o přehodnocení přiznaných příspěvků na péči u osob, u kterých dosud takové řízení neproběhlo a tyto osoby získaly příspěvek od 01.01.2007 na základě přiznané bezmocnosti k důchodové dávce. Řízení se zahájí u všech osob s výjimkou osob, které ke dni účinnosti navrhovaného znění zákona, dosáhly věku 80 let. Podmínky pro přiznání bezmocnosti byly odlišné od podmínek přiznávání příspěvku na péči, proto uvedené osoby nemusí být zařazeny ve stejném stupni závislosti jako osoby, které příspěvek na péči získaly novým podáním žádosti.

8. Závěr

Zákon o sociálních službách je v systému sociálního zabezpečení České republiky průlomovou právní normou, která přinesla nové pojetí celého systému sociální ochrany a sociálních služeb. Zákon rovněž poprvé definoval kvalifikační předpoklady pro výkon profese sociálního pracovníka.

Na základě poznatků z praxe a různých provedených analýz, jež odhalily některé neefektivní a nevhodné postupy, došlo během více než tříletého působení zákona k jeho opakovaným novelizacím. Přesto zůstává toto téma vysoce aktuální, nadále jsou k němu na všech úrovních vedeny rozsáhlé diskuse, prioritní zůstává otázka účelu a výše příspěvku na péči.

Práce si klade za cíl analyzovat vybraná ustanovení zákona o sociálních službách, se kterými ve své praxi aktivně pracuje pracovník obecního úřadu obce s rozšířenou působností.

Výstupem práce je rovněž návrh metodického postupu pro realizaci sociálního šetření za účelem zjištění stupně závislosti u příspěvku na péči a soubor návrhů na změnu současného paragrafového znění zákona. Pro splnění vytyčených cílů byly užity techniky kvalitativního i kvantitativního výzkumu.

Z výzkumu autorky práce vyplývá, že pracovníci obecních úřadů obcí s rozšířenou působností pozitivně hodnotí část zákona o sociálních službách, která definuje sociální služby, jednotlivé druhy, formy. Ke stěžejním úkolům sociálních pracovníků patří poskytování informací v rámci sociálního poradenství. Sociální pracovník informuje občany o dostupné službě, v případě ohrožení zdraví klienta, je povinen ji sám zajistit. Z výzkumu vyplynul požadavek potřeby zajištění širší dostupnosti sociálních služeb v jednotlivých lokalitách, která klesá s odlehlostí regionu, ačkoli její zkoumání nebylo předmětem této práce.

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že právě nedostupnost některých služeb, vnímají sociální pracovníci jako limitující faktor pro vyplácení příspěvku na péči jinou formou než peněží.

Příspěvek na péči slouží jako nástroj osobám v nepříznivé sociální situaci při zajištění potřebné péče. Komparace dostupných literárních zdrojů a výzkumu autorky prokázala, že stejně jako odborná veřejnost, nedosahují ani sociální pracovníci jednoznačné shody ve vnímání účelu a výše uvedeného příspěvku.

Na pomyslné míse vah leží rozhodnutí, zda neformální péči poskytovanou převážně rodinnými příslušníky, a s tím související setrvání v přirozeném prostředí vlastní domácnosti či

domácnosti blízkých osob, vyvážit vysokými finančními náklady na poskytování příspěvku a devalvací rodinných hodnot, předáváním úplaty za primární péči věnovanou našim nejbližším.

Přiznávání příspěvku na péči staví na finančním ohodnocení nemohoucnosti, závislosti, a tím nemotivuje osoby limitované zdravotním postižením, překonat nepříznivou sociální situaci a zvýšit svoji soběstačnost. Naopak ti, kdo se snaží aktivně překonat závislost na pomoci jiné fyzické osoby, ať už úspěšnou rehabilitací, pomocí kompenzačních pomůcek nebo uzpůsobením bytových podmínek, jsou „trestáni“ za svoji samostatnost neposkytnutím příspěvku.

Systém posuzování stupně závislosti na pomoci jiné fyzické osoby pro účely příspěvku na péči není objektivní. Z provedené analýzy vyplývá, že stávající právní úprava při přiznávání příspěvku na péči upřednostňuje seniory a osoby s pohybovým postižením, v pozadí stojí celé skupiny obyvatel - osoby s mentálním postižením, duševním onemocněním, civilizačními chorobami, včetně dětí vyžadující mimořádnou péči z důvodu potřeby zvláštního dohledu.

Systém posuzování stupně závislosti je nastaven na spolupráci dvou profesních oborů, a to sociálních pracovníků a lékařů. Sociální pracovníci jsou zaměstnanci obecních úřadů obcí s rozšířenou působností, posudkoví lékaři České správy sociálního zabezpečení, obě skupiny spadají do gesce Ministerstva práce a sociálních věcí ČR.

V některých regionech je rozvinutá dobrá spolupráce mezi posudkovými lékaři a sociálními pracovníky. Jinde naopak sociální pracovníci cítí, že jejich práce je znevažována, sociální šetření není v poměru s dalšími důkazními prostředky posudkovým lékařem hodnoceno jako rovnocenný podklad pro stanovení stupně závislosti.

Sociální pracovníci provádějí sociální šetření pouze dle prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb. Systém stanovení stupně závislosti je složitý, v 36 úkonech péče o vlastní osobu a úkonech soběstačnosti se hodnotí celkem 131 různých činností. Jednotlivé posuzované činnosti jsou zkoumány komplexně, prolíná se hodnocení fyzických i psychických funkcí. Nelze vyloučit určitou míru subjektivity, jak ze strany posudkových lékařů, tak sociálních pracovníků. Potřeba sjednocení kritérií posuzování, vedla autorku práce k vypracování již uvedeného metodického postupu pro sociální šetření prováděné pracovníky obecního úřadu obce s rozšířenou působností.

Práce staví na osobní zkušenosti autorky s aplikací zákona o sociálních službách do praxe, analýze veškeré spisové dokumentace za dobu platnosti zákona jednoho obecního úřadu obce s rozšířenou působností, rozhovory se sociálními pracovníky a dotazníkovém šetření mezi sociálními pracovníky obecních úřadů obcí s rozšířenou působností z celé ČR. Názory a návrhy sociálních pracovníků byly podnětné, některé velmi inovační ne všechny

však byly užity jako podklad pro souhrn návrhů na změnu stávající legislativy, a to především proto, že některé názory byly obtížně realizovatelné, někdy zcela protikladné.

Z výzkumu autorky práce vyplynulo zvláště závažné zjištění. V některých případech dochází ze strany pečujících osob k ukončování hospitalizace příjemce příspěvku ve zdravotnickém zařízení na dobu přelomu kalendářního měsíce, aby nedošlo k zastavení výplaty, čímž může dojít k závažnému poškození zdraví těchto osob vč. ohrožení na životě.

Rigorózní práce obsahuje vytyčené výstupy, autorka se domnívá, že splnila stanovené cíle.

9. Seznam použitých zdrojů

1. BÁRTLOVÁ, S., TÓTHOVÁ, V.: *Výzkum v ošetrovatelství*, In TÓTHOVÁ, V., editor: *Všeobecná sestra pro absolventy vyšších odborných škol, Podpůrné texty*, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, České Budějovice 2008, 1. vydání, s.310
2. ČERNÁ, M.: *Proč potřebujeme sociální reformu? Centralistický model rozdělování peněz je nefunkční*, Veřejná správa č.22/2001, týdeník vlády české republiky,[on line], [2010-03-10], Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/casopisy/s/2001/0022/22naz.html>
3. ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L.: *Syndrom vyhoření ohrožuje sociální pracovníky i posudkové lékaře*, MPSV, [on line], [2009-12-27], Dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/4843>
4. DISMAN, M.: *Jak se vyrábí sociologická znalost, Příručka pro uživatele*, Univerzita Karlova v Praze, Karolinum Praha 2002, Dotisk 3.vydání, ISBN 80-246-0139-7, s.374
5. DOČKAL, J.: *Člověk v současném světě, Než začneme studovat sociální práci*, Zdeněk Susa, Středokluky, 2008, ISBN 978-80-86057-53-8, s.158
6. FRANCOVÁ, H., NOVOTNÝ, A.: *Podmínky péče o seniory se sníženou soběstačností v kontextu současných změn*, Kontakt – 2/08, Odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky, ISSN 1212-4117, [on line], [2010-02-02], Dostupné z: <http://www.zsf.jcu.cz/struktura/utvary/edicnioddeleni/periodika/kontakt/jednotliva-cisla-casopisu-kontakt-podle-rocniku/kontakt08/>
7. FRANCOVÁ, H., NOVOTNÝ, A.: *Sociální politika v základech*, TRITON, 2008, ISBN 978-80-7387-125-3, s.185
8. GILLERNOVÁ, I.: *Sociální komunikace*, In KOMÁRKOVÁ, R., SLAMĚNÍK, I., VÝROST J.: *Aplikovaná sociální psychologie III., Sociálněpsychologický výcvik*, Grada publishing, 2001, ISBN 80-247-0180-4
9. GLOSOVÁ, D. a kol: *Bydlení pro seniory*, ERA, 2006, ISBN 80-7366-057-1, s.179
10. GUGGENBÜHL-CRAIG, A.: *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích*, přeložil Patočka, P., české vydání Portál, Praha 2007, ISBN 978-80-7367-302-4, s.120
11. HAVLÍK, J.: *Komunikace jako nástroj aktivizace seniorů*, Kontakt – supplement 1/08, Odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky, ISSN 1212-4117, [on line], [2010-02-02], Dostupné z <http://www.zsf.jcu.cz/struktura/utvary/edicnioddeleni/periodika/kontakt/jednotliva-cisla-casopisu-kontakt-podle-rocniku/kontakt08/>

12. HENDL, J.: *Kvalitativní výzkum, Základní metody a aplikace*, Portál, Praha 2005, ISBN 80-7367-040-2, s.407
13. HENDL, J.: *Úvod do kvalitativního výzkumu*, Karolinum, Praha 1999, ISBN 80-246-0030-7, s.278
14. HOLEKSOVÁ, T.: *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí*, Grada publishing, 2002, ISBN 80-247-0212-6, s.91
15. HORECKÝ, J.: *Analýza a prognóza potřeb poskytování sociálních služeb pro seniory*, [on line], [2010-01-23], Dostupné z: http://www.horecky.cz/down/clanky/prispevek_sbornik_sl_2009.doc
16. HORECKÝ, J.: *Scénář vývoje sociálních služeb v ČR z pohledu jejich financování*, Fórum sociální politiky, odborný recenzovaný časopis 5/2009, Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, ISSN 1802-5854
17. HOŠEK, M.: *Sociální služby jsou významnou součástí našeho života*, Veřejná správa č. 2 / 2010, čtrnáctideník Ministerstva vnitra České republiky, [on line], [2010-03-12], Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/clanek/socialni-sluzby-jsou-vyznamnou-soucasti-naseho-zivota.aspx>
18. JANKOVSKÝ, J.: *Etika pro pomáhající profese*, Triton, 2003, ISBN 80-7254-329-6, s.223
19. JANOUŠEK, J.: *Sociální komunikace*, In VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I.: *Sociální psychologie*, 2. přepracované a rozšířené vydání, Grada Publishing 2008, ISBN 978-80-247-1428-8, s.408,
20. JAROŠOVÁ, D.: *Úvod do komunitního ošetřovatelství*, první vydání, Grada Publishing, Praha 2007, ISBN 978-80-247-2150-7, s.100
21. JUNKOVÁ, V.: *Zvládání zátěžových situací ve skupině*, In KOMÁRKOVÁ, R., SLAMĚNÍK, I., VÝROST J.: *Aplikovaná sociální psychologie III., Sociálněpsychologický výcvik*, Grada publishing, 2001, ISBN 80-247-0180-4
22. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R. a kol. : *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*, Grada Publishing 2008, ISBN 978-80-247-2490-4, s.334
23. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I.: *Motivační prvky při práci se seniory*, Grada Publishing, 2008, ISBN 978-80-247-2169-9, s.202
24. KLEVETOVÁ, D.: *Význam rodiny pro starého člověka*, Sociální péče 05/2009, odborný časopis pracovníků sociálních služeb, ISSN 1213-2330

25. KOLDINSKÁ, K.: *Legislativní zakotvení sociálních služeb v ČR*, In MATOUŠEK, O. a kol. : *Sociální služby, Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*, Portál, Praha 2007, ISBN 978-80-7367-310-9, s. 184
26. KOZLOVÁ, L., PTÁK, P.: *Plánování sociálních služeb pro generaci 50 plus z pohledu samosprávných celků*, Kontakt – 2/08, Odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky, ISSN 1212-4117, [on line], [2010-02-02], Dostupné z <http://www.zsf.jcu.cz/struktura/utvary/edicni-oddeleni/periodika/kontakt/jednotlivacisla-casopisu-kontakt-podle-rocniku/kontakt08/>
27. KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E.: *Sociální služby a příspěvek na péči 2007*, 1. vydání, ANAG, 2007, ISBN 978-80-7263-405-7, s. 352
28. KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E.: *Sociální služby a příspěvek na péči*, ANAG 2009, 3. vydání, ISBN 978-80-7263-559-7, s. 423
29. LEVICKÁ, J., MRÁZOVÁ, A.: *Vybrané kapitoly zo sociálno-zdravotnej problematiky*, Mosty, n.f. a FZ a SP TU, Trnava 2003, ISBN 80-89074-71-5, s.127
30. LINHARTOVÁ, V.: *Praktická komunikace v medicíně, Pro mediky, lékaře a ošetřující personál*, 1. vydání, Grada Publishing 2007, ISBN 978-80-247-1784-5, s.152
31. LUCKÁ, Y., KOBRLE, L.: *Syndrom vyhoření, práce s ním a jeho prevence*, In VODÁČKOVÁ, D. a kol.: *Krizová intervence*, 2. vydání, Praha, Portál, 2007, ISBN 978-80-7367-342-0, s.544
32. MACELA, M. *První zkušenosti z nového systému financování sociální péče*, Veřejná správa online, Deník veřejné správy, [on line]. Poslední aktualizace: 2007-05-23 [citováno 2010-04-03]. <http://denik.obce.cz/go/clanek.asp?id=6269167>
33. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol: *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, Grada Publishing, 2008, ISBN 978-80-247-2138-5, 176 s.
34. MATOUŠEK, O.: *Ústavní péče*, Sociologické nakladatelství, Praha 1995, ISBN 80-85850-08-7, s.139
35. MATOUŠEK, O. a kol: *Základy sociální práce*, Portál, Praha 2001, ISBN 80-7178-473-7, s.293
36. MICHALÍK, J.: *Metodika přípravy poradců uživatelů sociálních služeb*, IER, Praha 2007, NRZP 2007, ISBN 80-903657-2-8, s. 114
37. MICHALÍK, J.: *Poradenství pro uživatele sociálních služeb*, NRZP ČR, Praha 2009, 4. doplněné a upravené vydání ISBN: 978-80-87181-03-4 [on line], [2010-04-03],

Dostupné z:

http://www.poradnaprouzivatele.cz/dokumenty/publikace/poradenstvi_2009_4.pdf

38. MICHALÍK, J. a kol.: *Poradenství uživatelům sociálních služeb*, VCIZP, Olomouc, 2008, NRZP, Praha, 2008, ISBN 978-80-903658-2-7, s.142
39. MICHALÍK, J.: *Smluvní vztahy v sociálních službách*, VCIZP-sekce vzdělávání, Olomouc, 2008, NRZP, Praha, 2008, ISBN: 80-903658-1-7, s. 224
40. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR, *Bílá kniha v sociálních službách*, konzultační dokument. Praha 2003, [on line], [2010-02-15], Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf
41. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR, *Informace o posuzování stupně závislosti osob do 18 let věku*, [on line], [2010-06-14], Poslední aktualizace: 2.4.2010, Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/8555>
42. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR, *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti*, [on line], [2009-10-25], Dostupné z http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf
43. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR, *Priority rozvoje sociálních služeb pro období 2009 – 2012*, [on line], [2010-02-11], Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7759/Priority_rozvoje_soc_sluzeb.pdf
44. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR, *Sociální služby a příspěvek na péči*, Ministerská konference o sociálních službách, Praha, 22.-23. dubna 2009, [on line], [2010-01-10], Dostupné z http://www.mpsv.cz/files/clanky/7174/Socialni_sluzby_a_prispevek_na_peci.pdf
45. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR: *Stanovisko odboru rodinné politiky MPSV k otázce pověřování pracovníků vykonávajících sociálně-právní ochranu dětí rozhodováním o úhradě za stravu a péči u dětí umístěných v zařízeních sociálních služeb*, Určeno: krajským úřadům, obecním úřadům obcí s rozšířenou působností, [on line], [2010-03-30], Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7283/Stanovisko_MPSV_07.pdf
46. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR, *V systému sociálních služeb nastanou pozitivní změny*, [on line], [2010-01-02], Dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/7462>

47. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR, *Výdaje na příspěvek na péči dosáhly v roce 2009 téměř 18,7 miliardy Kč*, tisková zpráva ze dne 26.02.2010, [on line], [2010-03-01], Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/8364/26022010_3.pdf
48. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR, *Žít v přirozeném prostředí*, [on line], [2010-01-02], Dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/3803>
49. MIOVSKÝ, M.: *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*, Grada Publishing 2006, ISBN 80-247-1362-4, s.332
50. MLÝNKOVÁ, J.: *Role pečujících a pracovní spokojenost*, Sociální péče 05/2009, odborný časopis pracovníků sociálních služeb, ISSN 1213-2330
51. MLÝNKOVÁ, J.: *Stresové situace v práci pečujících aneb Kam mohou vést neuspokojené potřeby?* Sociální péče 06/2009, odborný časopis pracovníků sociálních služeb, ISSN 1213-2330
52. MOLEK, J.: *Marketing sociálních služeb*, Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, Praha 2009, ISBN 978-80-7416-026-4, s.163, [on line], [2010-04-03], Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_290.pdf
53. MOŽNÝ, I. a kol: *Mezigenerační solidarita. Výzkumná zpráva z mezinárodního srovnávacího výzkumu*, Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí – výzkumné centrum Brno, 2004, s.138, [on line], [2010-01-15], Dostupné z http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_155.pdf
54. NOVÁKOVÁ, R.: *Pečovatelsví I.*, TRITON 2008, ISBN 978-80-7378-085-0, s.119
55. PARKERS,C.M., RELFOVÁ, M., COULDRICKOVÁ, A.: *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*, Společnost pro odbornou literaturu, 2007, ISBN 978-80-87029-23-7, s.180
56. PARLAMENT ČESKÉ REPUBLIKY, POSLANECKÁ SNĚMOVNA, *Důvodová zpráva k vládnímu návrhu na vydání zákona o sociálních službách*, Sněmovní tisk 1102/0, část č. 1/4, 2005, [on line], [2009-12-27], Dostupné z <http://www.psp.cz/sqw/text/text2.sqw?idd=14647>
57. PEČUJICÍ ON-LINE, *Desatera komunikace pro pacienty s různým typem postižení*, Národní rada zdravotně postižených a Česká geriatrická a gerontologická společnost. [on line], [2010-03-01], Dostupné z: http://aa.ecn.cz/img_upload/07bc9d1453b4bc61934a7ebb36075df2/desatero_postizeni.doc

58. PROUZA, D.: *Sociální práce pro pracovníky ve vězeňství a policisty*, In MOJŽÍŠOVÁ, A., editor : *Kapitoly sociální práce v praxi*, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, České Budějovice 2008, 1. vydání, ISBN 978-80-7394-074-4, s.139
59. PORADNA PRO UŽIVATELE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB, *Od paragrafů k lidem, Analýza situace v oblasti sociálních služeb po přijetí nového zákona o sociálních službách*, SKOK 2007, ISBN 978-80-239-9506-0, [on line], [2009-12-30], Dostupné z <http://www.poradnaprouzivatele.cz/dokumenty/publikace/od-paragrafu-k-lidem.pdf>
60. PRŮŠA, L.: *Příspěvek na péči – černá díra reformy sociálního systému*, Fórum sociální politiky, odborný recenzovaný časopis 3/2009, Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, ISSN 1802-5854
61. PRŮŠA, L. *Efektivnost sociálních služeb: vybrané prvky a aspekty*, Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, Praha 2007, ISBN 978-80-87007-73-0, s.38, [on line], [2010-04-04], Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_245.pdf
62. PRŮŠA, L.: *Ekonomie sociálních služeb*, ASPI Publishing, s.r.o., 2003, ISBN 80-86395-69-3, s.152
63. PRŮŠA, L.: *Odpovídají sociální služby v ČR současným evropským trendům?* Fórum sociální politiky, odborný recenzovaný časopis 2/2007, Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, ISSN 1802-5854
64. PRŮŠA, L.: *Projekce potřeby služeb sociální péče do roku 2025*, Fórum sociální politiky, odborný recenzovaný časopis 5/2009, Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, ISSN 1802-5854
65. PRŮŠA, L.: *Správa pomoci v hmotné nouzi*, In TOMEŠ, I. a kol: *Sociální správa, Úvod do teorie a praxe*, 2.vydání, Praha, Portál 2009, ISBN 978-80-7367-483-0, s.304
66. PRŮŠA, L.: *Výkon sociální správy*, In TOMEŠ, I. a kol: *Sociální správa, Úvod do teorie a praxe*, 2.vydání, Praha, Portál 2009, ISBN 978-80-7367-483-0, s.304
67. PRŮŠA, L., TOMEŠ, I.: *Výstavba sociální správy*, In TOMEŠ, I. a kol: *Sociální správa, Úvod do teorie a praxe*, 2.vydání, Praha, Portál 2009, ISBN 978-80-7367-483-0, s.304
68. PUNCH, K.F.: *Úspěšný návrh výzkumu*, přeložil Hendl, J., české vydání Portál, Praha 2008, ISBN 978-80-7367-468-7, s.230
69. RADIČOVÁ I., POTŮČEK, M.: *Porovnanie vývoja českej a slovenskej sociálnej politiky po roku 1989*, In POTŮČEK, M., RADIČOVÁ I., uspořadatelé sborníku:

- Sociální politika v Čechách a na Slovensku po roce 1989*, Karolinum, Praha 1998, ISBN 80-7184-622-8, s.329
70. REICHEL, J.: *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*, Grada Publishing 2009, ISBN 978-80-247-3006-6, s.184
71. REPKOVÁ, K.: *Podpora neformálně opatrojících osob jako veřejný zájem*, Fórum sociální politiky, odborný recenzovaný časopis 6/2009, Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, ISSN 1802-5854
72. SEDLÁŘOVÁ, P. a kol.: *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*, Grada publishing, 2008, ISBN 978-80-247-1613-8, s.248
73. SCHMIDBAUER, W.: *Syndrom pomocníka*, přeložil Babka, P., české vydání Portál, Praha 2008, ISBN 978-80-7367-369-7, s.240
74. SLADKÁ, I., MACHOVÁ, A.: *Spolupráce rodinných příslušníků se zdravotnickým personálem v péči o seniory v domovech seniorů*, Kontakt – supplement 1/08, Odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky, ISSN 1212-4117, [on line], [2010-02-02], Dostupné z <http://www.zsf.jcu.cz/struktura/utvary/edicni-oddeleni/periodika/kontakt/jednotliva-cisla-casopisu-kontakt-podle-rocniku/kontakt08/>
75. SOKOL, R., TREFILOVÁ, V. : *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*, Meritum Segment, ASPI 2008, ISBN 978-80-7357-316-4, s.444
76. SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE WHO, *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*, české vydání Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, přeložili Pfeiffer, J., Švestková, O., Grada Publishing 2008, ISBN 978-80-247-1587-2, s.280
77. SÝKOROVÁ, D.: *Autonomie ve stáří, Kapitoly z gerontosociologie*, Sociologické nakladatelství, Praha 2007, ISBN 978-80-86429-62-5, s.284
78. SÝKOROVÁ, D.: *Senior v krizi*, In ŠPATENKOVÁ, N. a kol.: *Krize, psychologický a sociologický fenomén*, Grada Publishing, 2004, ISBN 80-247-0888-4, s.126
79. ŠERÁK, M.: *Zájmové vzdělávání dospělých*, Portál, 2009, ISBN 978-80-7367-551-6
80. ŠVERĚPA, M. : *Česká sociální práce obvykle neplní úlohu vyvažujícího elementu mezi člověkem a společností*, Sociální revue, Sociální práce a společenské otázky, [on line], [2010-04-04], Dostupné z: <http://socialnirevue.cz/item/ceska-socialni-prace-obvykle-neplni-ulohu-vy vazujiciho-elementu-mez-i-klientem-a-spolecnosti>
81. TOMEŠ, I.: *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*, Portál, 2010, ISBN 978-80-7367-680-3, 440 s.

82. TOMEŠ, I. a kol.: *Vzdělávací standardy v sociální práci*, Praha: SOCIOKLUB, 1997. ISBN 80-902260-3-5, 334 s.
83. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ, Technická univerzita Liberec, *Barthelův test základních všedních činností* [on line], [2009-11-12], Dostupné z: <http://www.uzs.tul.cz/index.cgi?fun=soubory>
84. VÁGNEROVÁ, M. : *Psychopatologie pro pomáhající profese*, 3.vydání, Portál Praha 2004, ISBN 80-7178-802-3, s. 870
85. VENGLÁŘOVÁ, M.: *Problematické situace v péči o seniory*, Grada Publishing, 2007, ISBN 978-80-247-2170-5, 96 s.
86. VESELÁ, J.: *Představy rodinných příslušníků o zabezpečení péče nesoběstačným rodičům*, Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, Praha, 2002, s. 25, [on line], [2010-01-15], Dostupné z <http://praha.vupsv.cz/Fulltext/detsen.pdf>
87. VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV, OMBUDSMAN: *Řízení o příspěvku na péči jsou dlouhá a nezohledňují skutečný stav žadatele*, Tisková zpráva 17.03.2010, [on line], [2010-04-04], Dostupné z: <http://www.ochrance.cz/tiskove-zpravy/tiskove-zpravy-2010/rizeni-o-prispevku-na-peci-jsou-dlouha-a-nezohlednuji-skutecny-stav-zadatele/>
88. *Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách*, ve znění pozdějších předpisů
89. *Vyhláška č. 512/2002 Sb., o zvláštní odborné způsobilosti úředníků územních samosprávných celků*, ve znění pozdějších předpisů
90. VYMĚTAL, Š.: *Krizová komunikace a komunikace rizika*, Grada Publishing, 2009, ISBN 978-80-247-2510-9, s.176
91. WERNEROVÁ, J.: *Význam sociálního šetření pro posudkovou službu úřadu práce při posouzení stupně závislosti*, Sociální práce 01/2007, Role sociálního pracovníka, časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci, ISSN 1213-6204
92. ZAHRADNICKÁ, I.: *Hodnocení soběstačnosti*, Sestra 2/2004, [on line], [2009-11-28], Dostupné z: http://www.fnplzen.cz/ospece/Publikace/2_04_Zahradnicka.pdf
93. *Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině*, ve znění pozdějších předpisů
94. *Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí*, ve znění pozdějších předpisů
95. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*, ve znění pozdějších předpisů
96. *Zákon č. 312/2002 Sb., o úřednících samosprávných celků a o změně některých zákonů*, ve znění pozdějších předpisů
97. *Zákon č. 500/2004 Sb., správní řád*, ve znění pozdějších předpisů

98. ZIMMELOVÁ, P., KAHOUN, V.: *Změny v péči o seniory s handicapem v souvislosti se zákonem o sociálních službách*, In KAHOUN, V. a kolektiv: *Vybrané kapitoly k sociální práci, Sociální práce II.*, Triton, 2007, ISBN 978-80-7387-064-5, s.281
99. ŽÁRSKÝ, M.: *Důvodová zpráva k vládnímu návrhu novely zákona o sociálních službách*, Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna, Sněmovní tisk 659/0, část č. 1/2, 2008, [on line], [2010-04-04], Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=5&CT=659&CT1=0>
100. ŽÁRSKÝ, M.: *Návrh tezí novely zákona o sociálních službách, březen 2010*, Sociální služby 04/2010, odborný časopis, ročník 12, ISSN 1803-7348
101. ŽIAKOVÁ, E.: *Psychosociálne aspekty sociálnej práce*, Acent Print, Prešov 2005, ISBN 80-969274-2-6, 232 s.

10. Klíčová slova

obecní úřad obce s rozšířenou působností

poskytovatel péče

příspěvek na péči

sociální pracovník

sociální služby

sociální šetření

správní řízení

zákon o sociálních službách

Příloha 1: Dotazník pro obecní úřady obcí s rozšířenou působností

Dotazník:

Jmenuji se Miloslava Lukešová, jsem dlouholetým pracovníkem sociálního odboru obecního úřadu obce s rozšířenou působností, zabývám se problematikou seniorů a osob se zdravotním postižením.

Ráda bych Vás tímto požádala o spolupráci a zodpovězení otázek týkajících se zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách, dále jen Zákona. Dotazník je určen pracovníkům obecních úřadů obcí s rozšířenou působností, kteří pracují se Zákonem a vykonávají agendu příspěvku na péči. S daty bude naloženo v souladu se zákonem č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

Doplňte prosím kraj

1. Splňujete kvalifikační předpoklady k výkonu povolání sociálního pracovníka dle § 110 Zákona? (označte křížkem)

Ano [] Ne []

2. Dokončené vzdělání (označte křížkem za příslušným vzděláním) :
středoškolské []
vyšší odborné []
vysokoškolské []

3. Délka praxe v činnosti sociálního pracovníka

4. U příspěvku na péči vykonáváte (označte křížkem za příslušnou činností):

pouze administrativní činnost []
pouze sociální šetření []
administrativní činnost i sociální šetření []

5. Považujete některé paragrafy Zákona za nevyhovující a měly by se dle Vašeho názoru novelizovat?

Ano [] Ne []

6. Pokud jste odpověděl/a „ano“, uveďte, které paragrafy by se měly novelizovat, a v čem:

.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....

7. Jako správní orgán při rozhodování o přiznání příspěvku na péči rozhodujete:

vždy dle výsledku sociálního šetření []

vždy dle výsledku posouzení OSSZ []

8. V případě, že volíte kombinaci obou podkladů, uveďte mechanismus rozhodování:

.....
.....
.....

9. Domníváte se, že posudkový lékař OSSZ považuje sociální šetření za relevantní podklad pro vlastní výsledek při posouzení stupně závislosti? *(označte na číselné ose)*

Určitě ano 1 2 3 4 5 6 Určitě ne

10. Shodují se výsledky sociálního šetření s výsledky posouzení stupně závislosti vydanými posudkovými lékaři OSSZ? *(označte na číselné ose)*

Určitě ano 1 2 3 4 5 6 Určitě ne

11. Kde jste získal/a informace, jak postupovat při sociálním šetření? *(zaškrtněte i více možností)*

Metodika MPSV []

Metodika krajského úřadu []

Studium Zákona a prováděcí vyhlášky []

Přednášky na kurzu odborné způsobilosti []

Školení pořádané vzdělávací agenturou []

Pokyny nadřízeného pracovníka []

Konzultace s kolegy []

Vlastní úsudek []

Jiná možnost:

.....
.....
12. Domníváte se, že výsledek sociálního šetření u příspěvku na péči je objektivní? (počet zjištěných úkonů by byl stejný i kdyby šetření provedli různí pracovníci)

Určitě ano 1 2 3 4 5 6 Určitě ne

13. Jaký je počet příspěvků na péči, které měsíčně vyplácíte : cca.....(*počet za pracovníka, nikoli Váš úřad*).

14. Kolik z těchto příspěvků je v I. stupni závislosti u osob starších 18 let?

15. Pro přiznání příspěvku na péči v I. stupni závislosti osoba starší 18 let věku musí být závislá na každodenní pomoci nebo dohledu jiné fyzické osoby při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a úkonech soběstačnosti.

Domníváte se, že tento počet úkonů je odpovídající? **Ano [] Ne []**

16. V případě, že jste odpověděl/a „ne“, uveďte počet úkonů, kdy by měl být přiznán příspěvek na péči v I.stupni závislosti:

17. Pro přiznání příspěvku na péči v I. stupni závislosti osoba do 18 let věku musí být závislá na každodenní pomoci nebo dohledu jiné fyzické osoby při více než 4 úkonech péče o vlastní osobu a úkonech soběstačnosti.

Domníváte se, že tento počet úkonů je odpovídající? **Ano [] Ne []**

18. V případě, že jste odpověděl/a „ne“, uveďte počet úkonů, kdy by měl být přiznán příspěvek na péči v I. stupni závislosti:

19. Domníváte se, že snížení počtu úkonů pro dosažení I. stupně závislosti u osob do 18 let věku na více než 4 a zavedením ust. § 10 odst.2 Zákona (mimořádná pomoc u úkonů a,q,r) vedlo ke zvýšení přiznávaných příspěvků na péči u dětí se speciálním dietním režimem, diabetikům, kardiakům apod.?

Určitě ano 1 2 3 4 5 6 Určitě ne

20. Domníváte se, že výše příspěvku dle § 11 odst.1 a 2 Zákona je odpovídající?

Ano [] Ne []

21. V případě, že jste odpověděl/a „ne“, uveďte jaká by dle Vašeho názoru měla být výše příspěvku na péči, aby odpovídala potřebám oprávněných osob, možnostem využívání sociálních služeb atd.

- do 18 let věku: I. stupeň závislosti..... Kč
 II. stupeň závislosti..... Kč
 III. stupeň závislosti..... Kč
 IV. stupeň závislosti..... Kč
- nad 18 let věku: I. stupeň závislosti..... Kč
 II. stupeň závislosti..... Kč
 III. stupeň závislosti..... Kč
 IV. stupeň závislosti..... Kč

22. Domníváte se, že příspěvek na péči v I. stupni závislosti byl měl být vyplácen:

- pouze v hotovosti []
pouze formou poukázky nebo přímou úhradou poskytovateli sociálních služeb []
kombinací uvedených možností []
pokud kombinací, uveďte v jakém poměru

.....
.....

23. Ovlivní dle vašeho názoru nepeněžní forma výplaty (byť částečná) poskytování neformální péče rodinnými příslušníky?

Určitě ano 1 2 3 4 5 6 Určitě ne

24. Pokud jste odpověděl/a „ano“, v čem bude změna dle Vašeho názoru spočívat?

.....
.....
.....

25. Domníváte se, že příspěvek na péči by měl být oprávněné osobě vyplácen i v případě, že péči poskytují pouze fyzické osoby nikoli registrovaný poskytovatel sociálních služeb?

Ano []

Ne []

Pouze od II. [] III. [] IV. [] stupně závislosti

Pouze v případě, že příspěvek na péči pečující osobě nahrazuje příjem []

Jiná možnost:

.....
.....
.....

26. Domníváte se, že dochází ke zneužívání příspěvku na péči?

Určitě ano 1 2 3 4 5 6 Určitě ne

27. V případě, že jste odpověděl/a „ano“ definujte případy, které považujete za zneužívání příspěvku:

.....
.....
.....
.....
.....

28. Lze tomuto zneužívání zamezit kontrolou využívání příspěvku na péči? *(označte na číselné ose)*

Určitě ano 1 2 3 4 5 6 Určitě ne

29. Domníváte se, že budete schopen/na ve smyslu § 29 odst. 1 písm. h) vykonávat kontrolu využívání příspěvku nejméně 1x za 3 měsíce, v případech, kde budou trvat skutečnosti uvedené v § 18a odst.4, které jsou důvodem pro výplatu příspěvku ve stupni I (lehká závislost) způsobem uvedeným v § 18 odst.3?

Určitě ano 1 2 3 4 5 6 Určitě ne

30. Kolik kontrol využívání příspěvku na péči provádíte měsíčně?

31. Je některý druh sociální služby v Zákoně uveden jako nadbytečný (služba není realizovatelná v praxi, nebo se obsahem shoduje s jinou službou) nebo naopak některá služba chybí?

Určitě ano 1 2 3 4 5 6 Určitě ne

32. V případě, že jste odpověděl/a „ano“, specifikujte službu.

.....
.....

33. Jakým způsobem Váš úřad v praxi realizuje § 92 písm. a) Zákona?

.....
.....
.....
.....

34. Jaký je Váš názor na stanovování úhrady za stravu a péči ve smyslu ust. § 74 odst.2 Zákona obecními úřady obcí s rozšířenou působností?

.....
.....
.....

35. Předáváte rozhodnutí vydané ve věci dle § 74 odst.2 Zákona domovu pro osoby se zdravotním postižením?

Ano [] Ne [] Nevím (agendu nezpracovávám) []

Děkuji za Váš čas, ochotu a trpělivost s vyplněním všech otázek.

Dotazník prosím zašlete elektronicky na adresu : dotaznikrigo@seznam.cz

Příloha 2: Tiskopis Záznamu o kontrole využívání příspěvku na péči

Záznam o kontrole využívání příspěvku na péči				
Příjemce příspěvku na péči				
Jméno, příjmení, titul:				
Datum narození:				
Telefon:				
Trvalý pobyt:				
Bydliště:				
Zákonný zástupce – opatrovník – zmocněnec				
Jméno, příjmení, titul:				
Trvalý pobyt:				
Telefon:				
Zvláštní příjemce				
Jméno, příjmení, titul:				
Trvalý pobyt:				
Telefon:				
Příjemce příspěvku	zastižen	nezastižen		
Příjemce příspěvku nezastižen z důvodu:				
Informace o důvodu nepřítomnosti podal:				
Příspěvek na péči přiznán ve stupni závislosti:	I. stupeň	II. stupeň	III. stupeň	IV. stupeň
Způsob využívání příspěvku na péči				
Pomoc poskytována osobně tím, kdo je uveden v žádosti o příspěvek:	ANO	NE		
Registrovaný poskytovatel sociální služby				
Poskytovatel:				
IČ:				
Adresa:				
Název služby:				
Rozsah poskytované služby:				
	Smlouva o poskytování sociálních služeb uzavřena dne:			
	Datum zahájení služby:		Datum ukončení služby:	
Pečující osoba – blízká nebo jiná fyzická osoba				
Pečující osoba sama	má nárok na přísp. na péči	<input type="checkbox"/> je zdravotně způsobilá		
	nemá nárok na příspěvek na péči	<input type="checkbox"/> není zdravotně způsobilá		
Jméno, příjmení, titul:				
Datum narození:	Telefon:			
Trvalý pobyt:				

Rozsah a způsob péče	Pomoc zaměřena na úkony, které byly uvedeny lékařem v posudku:	ano	ne
	Způsob a rozsah pomoci odpovídá přiznanému stupni závislosti:	ano	ne
	Úkony, které byly uvedeny lékařem v posudku a které osoba nyní zvládá:		
	Datum zahájení péče:	Datum ukončení péče:	
Zjištění o kvalitě poskytované péče:			
Zjištění o výdajích na zajištění péče:			
Důvody nevyužívání příspěvku:			
(platné od 01.01.2011) Kontrola, zda byly poskytnuty skutečně služby hrazené formou poukázky či el. plat. prostředku podle § 18a odst. 1 písm. b)	Trvají skutečnosti uvedené v § 18a odst. 4: (nekombinovaná výplata)	ano	ne
Kontrolní šetření zahájeno dne, v hodin a ukončeno v hodin. Kontrolní šetření provedla: Podpis příjemce příspěvku: Podpis poskytovatele péče, je-li přítomen a seznámen s obsahem kontrolního šetření:			
Záznam o opatřeních vyplývajících z provedeného šetření			
1. Žádná opatření			
2. Poučení příjemce příspěvku (zák. zástupce) o nedostacích bez opatření (upozornění na sankce apod.)			
3. Poučení příjemce příspěvku (zák. zástupce) o nedostacích a návrh na opakovanou kontrolu			
4. Zahájení řízení z moci úřední ve věci: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ustanovení zvláštního příjemce dle § 20 zákona č. 108/2006 Sb. ▪ nového posouzení stupně závislosti pro účely změny výše příspěvku na péči ▪ zastavení výplaty příspěvku na péči ▪ odnětí příspěvku na péči 			
Související zjištění			

.....
datum a podpis zaměstnance,
který provedl kontrolní šetření

.....
datum a podpis vedoucího pracovníka

Zdroj: Městský úřad Sokolov

Příloha 3: Test základních všedních činností podle Barthelové (ADL-activity of daily living)

	Činnost:	Provedení činnosti:	Bodové skóre
01.	Najedení,napítí	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
02.	Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
03.	Koupání	Samostatně nebo s pomocí	05
		Neprovede	00
04.	Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	05
		Neprovede	00
05.	Kontinence moči	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Trvale inkontinentní	00
06.	Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Inkontinentní	00
07.	Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
08.	Přesun lůžko-židle	Samostatně bez pomoci	15
		S malou pomocí	10
		Vydrží sedět	05
		Neprovede	00
09.	Chůze po rovině	Samostatně nad 50 metrů	15
		S pomocí 50 metrů	10
		Na vozíku 50 metrů	05
		Neprovede	00
10.	Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		neprovede	00

Hodnocení stupně závislosti

Hodnocení:	Závislost	Body
	Vysoce závislý	00 – 40 bodů
	Závislost středního stupně	45 – 60 bodů
	Lehká závislost	65 – 95 bodů
	nezávislý	96 – 100 bodů

Zdroj: Ústav zdravotnických studií, Technická univerzita Liberec

Příloha 4: Test instrumentálních všedních činností (IADL-Instrumental Activity of Daily Living)

Činnost:		Hodnocení:	Body:
01.	Telefonování	Vyhledá samostatně číslo,vytočí je	10
		Zná několik čísel,odpovídá na zavolání	05
		Nedokáže používat telefon	00
02.	Transport	Cestuje samostatně dopravním prostředkem	10
		Cestuje,je-li doprovázen,vyžaduje pomoc druhé osoby	05
		Speciálně upravený vůz	00
03.	Nakupování	Dojde samostatně nakoupit	10
		Nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby	05
		Neschopen bez podstatné pomoci	00
04.	Vaření	Uvaří samostatně celé jídlo	10
		Jídlo ohřeje	05
		Jídlo musí být připraveno druhou osobou	00
05.	Domácí práce	Udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací,provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu	10
		Provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu	05
		Potřebuje pomoc při většině prací nebo s v domácnosti prací neúčastní	00
06.	Práce okolo domu	Provádí samostatně a pravidelně	10
		Provede pod dohledem	05
		Vyžaduje pomoc,neprovede	00
07.	Užívání léků	Samostatně v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků	10
		Užívá,jsou-li připraveny a připomenuty	05
		Léky musí být podány druhou osobou	00
08.	Finance	Spravuje samostatně,platí účty,zná příjmy a výdaje	10
		Zvládne drobné výdaje,potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	05
		Neschopen bez pomoci zacházet s penězi	00

Hodnocení	Závislí	00-40 bodů
	Částečně závislí	41-75 bodů
	Nezávislí	76-80 bodů

Zdroj: Ústav zdravotnických studií, Technická univerzita Liberec